

A mon excellent ami et collègue M. le Dr. Curtis
Souvenir des Hopitaux.
P. Risca

DU

VAGINISME



DU

VAGINISME

PAR

P.-F. VISCA

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS

Né à Montevideo (Uruguay)

INTERNE EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE DES HOPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE (1866)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE

PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-EDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MEDECINE

—

1870

INTRODUCTION

> Là sont la science et la vérité où toutes les opinions ont la parole.
>
> MONTESQUIEU.

Ce n'est qu'après une certaine hésitation que nous avons pu nous décider à entreprendre ce court travail à la fin de nos études; hésitation d'autant plus légitime que, d'une part, les cas de vaginisme sont d'une rareté relativement grande dans les hôpitaux, ce qui nous a privé d'en observer nous-même un certain nombre; et, d'autre part, la question étant une des plus récentes, la dernière même, en fait de pathologie génitale, les faits ne sont pas encore assez nombreux et sont trop peu discutés surtout, pour que nous puissions tracer une histoire à peu près complète de cette étrange affection.

Cependant, depuis une dizaine d'années bientôt, l'attention des observateurs a été éveillée un instant par cette singulière maladie; quelques faits se sont produits, en France surtout; quelques courtes discussions se sont engagées dans les assemblées ou dans les journaux scientifiques, et nous avons cru de quelque utilité, après avoir assisté à ces quelques discussions, après avoir pris connaissance de ces faits, de les réunir tous, de les grouper, de les comparer et d'en faire le résumé dans cette étude, non pas que nous ayons l'espoir d'élucider la question, et bien moins de la résoudre; mais nous avons seulement pour but de nous instruire tout d'abord sur ce sujet intéressant, et ensuite de le mettre de nouveau à l'ordre du jour, pour ainsi dire, afin que des recherches ultérieures, basées sur de nouveaux faits

heureusement interprétés, puissent conduire à la solution définitive du problème.

Et s'il est vrai que la contracture spasmodique du sphincter vaginal n'est en somme qu'un symptôme, un accident, et que, par conséquent, il faudrait la traiter comme une question de séméiologie, il n'est pas moins vrai aussi que c'est précisément là que gît la difficulté. Nous avons donc abandonné ce plan, et sans effort, avant même de hasarder l'entreprise : ç'eût été pour nous une tâche par trop prématurée, sinon un écueil devant lequel il aurait fallu peut-être reculer à la première tentative. C'est donc seulement quand l'expression étiologique et pathogénique de cet épiphénomène sera bien connue, qu'il sera permis, à notre sens, de suivre cette marche.

En attendant, quelle que soit la nature ou la signification symptomatique du spasme vaginal, nous pouvons affirmer, dès à présent, que ce spasme, que cette contracture, peut arriver à un tel degré d'intensité et de durée, qu'elle constitue un état pathologique, une maladie, une infirmité même, qui peut non pas résister à une thérapeutique bien combinée, mais devenir la source de bien des désordres, tant au point de vue physique, qu'au point de vue moral. C'est donc à ce titre et à ce double point de vue que nous allons l'étudier, depuis ses premières phases jusque dans ses dernières conséquences. Le sujet est difficile et délicat, nous ne nous le dissimulons pas : dans nos efforts, nous trouverons notre excuse. Heureux si, dans cette pensée, fondée d'ailleurs sur l'appui de nos maîtres et de nos juges, nous arrivons au moins à suggérer une fois encore l'idée de nouvelles recherches sur cette affection aussi étrange que douloureuse.

DU VAGINISME

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE ET BIBLIOGRAPHIE.

Nous trouvons la première notion sur le spasme vulvo-vaginal dans une observation de Guillemot, consignée dans le *Journal universel des sciences médicales*, tome XLIX, Paris, 1828. Il s'agit d'un cas de coarctation vulvo-vaginale, etc., et après avoir indiqué les atrésies vaginales, congénitales ou accidentelles produites par des brides, des cicatrices, etc., cet observateur ajoute : « A côté des coarctations de cette espèce, il en est d'autres qui présentent quelquefois les mêmes indications, mais ici la nécessité de l'opération est très-rare. Ce sont des rétrécissements produits par des irritations fixées depuis longtemps dans le vagin et à l'ouverture vulvaire. Les bains, les demi-bains, les injections émollientes, suffisent le plus souvent pour rétablir les organes dans leur état naturel, etc. » Dans cette observation, il s'agissait d'une femme enceinte : l'entrée du vagin était resserrée à tel point qu'elle admettait à peine une petite sonde; le doigt ne pouvait pas y pénétrer, et les souffrances firent renoncer à toute exploration. Mais Guillemot observa qu'au moment même de la contraction utérine, la petite ouverture vaginale se dilatait; le doigt pouvait alors y pénétrer, il était bientôt

serré par le sphincter vaginal, et, à mesure que la contraction utérine disparaissait, la constriction vulvaire devenait plus grande et le doigt se trouvait plus resserré. La contraction de l'utérus venant à cesser complétement, le doigt ne pouvait plus entrer dans le vagin. La tête du fœtus a fini par passer sans aucune intervention chirurgicale.

Malgré ces notions, du reste incomplètes, sur le spasme vaginal, et malgré la loi de Boyer qui, le premier, a établi les relations existant entre le spasme musculaire et la fissure de la muqueuse en général, c'est à M. Huguier que l'on doit la première relation assez précise sur la contracture spasmodique du vagin. C'est lui, sans contredit, qui a publié les deux premières observations, et voici textuellement ce qu'il dit dans une thèse intitulée : *Dissertation sur quelques points d'anatomie, de physiologie et de pathologie*, 1834, nº 310.

« *Contracture spasmodique du sphincter du vagin.* — C'est en vain que j'ai cherché dans les auteurs la description de cette affection, qui a la plus grande analogie avec la constriction spasmodique de l'anus.

« Comme cette dernière, elle peut être essentielle ou symptomatique. La constriction spasmodique est presque toujours produite par diverses espèces d'herpès, soit l'herpès *squamosus simplex*, soit l'herpès *squamosus madidans* de M. Alibert, ou eczéma de Willan, développées sur la vulve et l'ouverture inférieure du vagin ; de même que nous voyons ces affections amener la constriction de la bouche, de l'anus et des paupières, quand elles siégent sur ces parties.

« J'ai vu une induration et un épaississement considérable de la membrane muqueuse de la vulve amener une constriction telle de l'ouverture du vagin, qu'une grosse plume de cygne eût pu à peine être introduite

dans ce conduit. La muqueuse était rugueuse, inégale, fendillée, et d'un gris-blanchâtre, comme quand on a déposé une grande quantité de vinaigre sur les lèvres. Elle était entièrement insensible ; la malade en enlevait des lambeaux de la largeur d'une pièce de six liards avec un rasoir, sans en souffrir le moins du monde.

« Les profondes cautérisations avec le nitrate d'argent n'étaient pas plus douloureuses ; c'est à peine si celles faites avec le nitrate acide de mercure l'étaient. »

Voilà donc que déjà, en 1834, le spasme du vagin a été indiqué, et même la première explication de son mécanisme.

Dupuytren donne quelques renseiguements très-exacts sur le spasme du constricteur vaginal. Voici ce que dit ce grand maître, dans sa clinique (2e édit., art. *fissure à l'anus*, 1839):

« Cette fissure, liée au spasme douloureux des constricteurs, n'avait été jusqu'alors vue que dans la région anale. M. Pinel-Grandchamp a observé un cas tout semblable à la vulve. La constriction était devenue si grande que les devoirs du mariage ne pouvaient plus être remplis. Convaincu de l'analogie de cette maladie avec la fissure à l'anus, M. Grandchamp fit une incision profonde, qui divisa dans une étendue de 2 pouces la fourchette, la muqueuse et le constricteur de la vulve. Le resserrement cessa, et les choses revinrent comme par le passé. »

Lisfranc, dans son 2e vol. de sa *Clinique chirurgicale*, 1841, intitule un chapitre : *De l'excès de sensibilité des organes génitaux de la femme.*

« La sensibilité des organes génitaux de la femme, dit Lisfranc, est quelquefois telle, que les soins ordinaires de propreté sont pénibles à supporter, si l'on n'use pas beaucoup de précautions en les mettant en usage. Le toucher pratiqué pour explorer le vagin et

utérus est insupportable et détermine souvent une irritation nerveuse qui peut produire un état convulsif. La femme a, pour le coït lui-même, une grande répugnance, et, quoique le sentiment du devoir et la crainte de perdre l'affection de son mari la dominent, elle s'en éloigne d'abord autant que le lui permettent les circonstances, et puis enfin, il devient si irritant, si agaçant, si douloureux, qu'elle le refuse et le rejette avec une sorte d'effroi : refus terrible qui, presque toujours, entraîne après lui les événements les plus funestes à l'union conjugale. Je n'exagère rien ici, car on m'a raconté des scènes déplorables; j'en ai quelquefois été le témoin.

« Cette singulière affection, ajoute-t-il, agit quelquefois sympathiquement sur la vessie, de manière à avoir pu quelquefois donner le change au médecin sur une maladie de ce dernier organe, qui n'existait pas réellement. »

Le tableau de la maladie est, comme on le voit, saisissant, et presque identique à ce qu'on observe aujourd'hui. Le traitement est exposé avec une pareille précision et il le fait reposer déjà sur des indications, suivant l'état des parties, etc. Il ne manqua à Lisfranc, en réalité, que l'élément *Spasme* sur lequel il passe rapidement, sans doute parce qu'il ignorait les deux observations de M. Huguier qui sont consignées dans une thèse dont le titre ne permet guère de soupçonner des faits cliniques d'une telle importance.

En 1842, Tanchon écrivit dans la *Gazette des Hôpitaux* sur les *névroses de la vulve;* mais c'est plutôt une *répetition* des idées déjà émises par Lisfranc, et par Vidal (de Cassis) avant celui-ci ; mais c'est toujours une question de névrose, ou plutôt de névralgie; aucune importance n'est accordée au spasme vaginal. C'est donc bien, jusqu'à présent, MM. Huguier et Dupuytren les pre-

miers qui ont attiré l'attention sur la constriction spasmodique du sphincter vaginal.

En 1847, Hervez de Chégoin, dans un travail qu'il publia sur la *fissure à l'anus* (*Union médicale*, t. I, n° 54, p. 228), entre autres choses, dit à propos du vagin :

«Mais ce n'est point seulement à l'anus qu'il se fait des fissures, et, sans entrer ici dans des détails non dénués d'intérêt que fournirait l'examen de toutes celles qu'on rencontre dans différentes régions du corps, en jetant seulement un coup d'œil sur les principales, nous verrions que les fissures de l'entrée du vagin ne sont pas moins douloureuses que celles de l'anus, qu'elle ne mettent pas un moindre obstacle à la fonction de l'organe qui en est le siége, qu'elles ne sont pas moins opiniâtres quand elles sont entretenues par la cause qui les a fait naître, et qu'elles jettent encore plus dans le désespoir les malades qui en sont atteintes. Nous verrions que ces fissures sont également superficielles et profondes, que les unes sont dues à des déchirures subites et anguleuses, qu'elles sont entretenues indéfiniment par la cause qui les a fait naître, que la simple déchirure incomplète de l'hymen peut persister des années et causer des douleurs si vives qu'elles s'opposent à tout rapprochement, qu'elles guérissent par le repos prolongé de l'organe malade, ce qui autorise à penser qu'il en serait de même de celles de l'anus ; que les autres sont dues à ce même eczéma, qui a pour cette région une prédilection plus grande encore que pour celle de l'anus ; qu'il entraîne un tel resserrement du vagin que tout rapprochement devient encore impossible. »

Quelques années plus tard, le professeur Borelli, de Turin, écrivait une note fort intéressante dans la *Gazette Médicale des Etats Sardes* sur la *fissure* et le *spasme de la*

vulve, et montrait l'analogie qu'elle présente avec la fissure et le spasme de l'orifice anal, etc.

Scanzoni, dans son Traité pratique des maladies des organes sexuels de la femme, 1856, Vürzbourg, traduit par Dor et Socin, Paris, 1858, au chapitre névrose du vagin, consacre quelques lignes à la contracture vulvo-vaginale, sous le nom de *spasme du vagin.*

Simpson, professeur à Edimbourg, traita la même question (*Edimb. med. and surg. journ.*, 1861, Debr., p. 539).

En 1858, Michon, prévenu déjà par des cas que lui avaient communiqués Chomel et M. Gueneau de Mussy, appelait, dans une leçon clinique, l'attention de son audi toire sur un fait de contracture vulvaire, qui se trouvait actuellement dans son service, et, 3 années plus tard, 30 août 1861, il publiait dans le *Bulletin de thérapeutique* 11 observations. De son côté, Debout publia deux observations dans son journal, 15 août 1861 ; et plus tard encore, dans le même *Bulletin de thérapeutique*, on en vit paraître une du Dr Perrin et deux autres du Dr Caradec.

C'est alors, en présence de tous ces cas, que, le 26 novembre de la même année, M. Gallard publie dans l'*Union médicale* un article sur la contracture spasmodique du vagin, dans lequel il résume tous ces faits, déjà très-intéressants. Il expose clairement et succinctement les indications thérapeutiques, et donne quelques notions sur la valeur étiologique du spasme vaginal.

Et, pendant que tout ceci se faisait en France, Tyler Smith communiquait à la Société obstétricale de Londres, séance du 6 novembre 1861, une note de Marion Sims, dans laquelle ce chirurgien traite d'une affection des parties génitales externes de la femme, qu'il décrit sous le nom de *vaginisme*, et à laquelle il attache une

très-grande importance, car l'hyperesthésie de l'hymen et de l'orifice vulvaire, accompagnée de contractions spasmodiques du sphincter vaginal, s'opposent au coït, et, partant, à la grossesse. Cette note se trouve dans le troisième volume des *Transactions of the obstetrical Society*, 1862, p. 356, et est reproduite dans son *Traité des maladies utérines*, etc., 1866.

Il faut bien reconnaître que c'est à partir de cette époque seulement, c'est-à-dire depuis Debout, Michon et Sims, que la question a préoccupé un peu sérieusement les auteurs; et, malgré les cas cités de MM. Huguier, Dupuytren, Hervez de Chégoin, Borelli, etc., la nouvelle dénomination de la maladie, donnée par Sims, l'importance qu'il accorde à cet état des organes sexuels, et le traitement qu'il conseille, plus que toute autre chose, ont beaucoup contribué à vulgariser cette maladie, qui jusqu'alors ne se trouvait pas décrite dans les traités classiques généraux ou spéciaux.

Nous voyons, en effet, que M. Charrier, d'une part, s'inspirant des observations de Debout et Michon, en fait l'objet de sa thèse inaugurale, en 1862; que M. Scanzoni, d'autre part, ayant lu la note de Sims, fait un excellent article sur le vaginisme, plein d'esprit pratique et d'une critique aussi sévère qu'instructive, basée sur un grand nombre d'observations (voir *Journal de médecine de Lyon*, du 15 septembre 1868). Et enfin, aujourd'hui, on accepte la contracture spasmodique du vagin, on publie des faits de temps à autre, et surtout on commence à la décrire, en peu de mots, dans les différents traités de pathologie utéro-génitale, sous le nom de vaginisme.

On peut donc consulter sur ce sujet les quelques articles qui ont successivement paru dans différents journaux scientifiques, particulièrement en France, accompagnés, quelques-uns d'observations intéressantes,

et que nous nous sommes empressé de reproduire, dans le but de mieux vérifier tout ce que nous allons consigner dans ce court exposé. Voici les principaux dont nous avons connaissance :

The Lancet, du 25 décembre 1866.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 8 février 1867, page 94.

M. Caffe. *De l'atrésie vulvo-vaginale*, dans le *Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques*, du 20 juin 1866, n° 17.

Bernadet. *Gaz. des hôpitaux*, 26 juillet 1866, n° 87.

Perrin, Lagneau. *Gaz. des hôpitaux*, 8 août 1868, n° 93.

Robert de Latour. *Tribune médicale*, 2 août 1868, n° 44.

Raciborski. *Gaz. des hôpitaux*, 12 décembre 1868, n° 165.

Boinet, Dolbeau, Briquet, etc., à la Société médicale de Paris. *Gaz. des hôpitaux* de 1868. Séance des 17 avril et 1er mai.

Enfin, on trouvera quelques lignes sur cette question, dans tous les traités modernes sur les maladies de l'utérus et des organes génitaux : Scanzoni, Churchill, Courty, Nonat et Linas, Elleaume, Amann (Munich) 1868, etc.

CHAPITRE II

DÉFINITION, SYNONYMIE, FRÉQUENCE.

Par le mot *vaginisme*, dit M. Sims, j'entends une hyperesthésie excessive de l'hymen et de la vulve, associée à cette contraction spasmodique et involontaire du sphincter vaginal qui s'oppose au coït.

Plus loin, le même auteur dit : « On nomme laryngisme une contraction spasmodique de l'appareil vocal, qui rend l'inspiration sifflante ; par analogie, j'appelle vaginisme cette contraction spasmodique et douloureuse de l'orifice du vagin. »

M. A Courty va plus loin et dit : « Le mot *vaginisme* m'a paru une dénomination suffisante pour désigner la contraction spasmodique du vagin et en même temps du sphincter de la vulve (*sphincter cunni*), qui peuvent être isolément ou simultanément atteints de cette maladie essentiellement nerveuse. Cette contraction peut être passagère, intermittente, se renouvelant d'instants en instants, comme un état convulsif ou un spasme clonique ; ou bien elle est continue, permanente, ayant tous les caractères de la contracture ou du spasme tonique. »

On voit, tout d'abord, qu'il faudrait s'entendre sur le mot *contraction* ou *contracture spasmodique* involontaire, plus ou moins passagère, plus ou moins permanente, plus ou moins tonique, etc. Il est en vérité permis d'hésiter un peu sur la vraie signification de ces mots : contracture involontaire, spasme tonique ou clonique, etc. Mais, pour le moment, et afin d'éviter toute méprise ultérieure en fait de mots, nous admettrons, avec la plupart des auteurs, que *convulsion* ou *contracture spasmodique*, ou *contraction involontaire*, ou simplement *spasme*, ont une seule et même signification.

Cela établi, nous pourrons définir le *vaginisme* : un état particulier des organes génitaux de la femme, caractérisé principalement par la contracture spasmodique du sphincter vaginal, et parfois de tout le vagin, accompagnée de douleur ou d'hyperesthésie excessive de la muqueuse vulvaire. Ces spasmes et ces douleurs sont souvent si intenses que tout rapprochement sexuel

est impossible, et sont suivis quelquefois de symptômes fonctionnels et généraux assez graves.

Cette définition, un peu longue, il est vrai, ne comprend cependant que les éléments principaux, mais essentiels de la maladie : spasme, contracture involontaire, car sans cela il n'y a pas vaginisme, c'est son symptôme *sine qua non;* douleur, hyperesthésie, car c'est là son expression pathogénique la plus vraie, peut-être, et qui ne manque pas; c'est sa cause prochaine, immédiate, si l'on veut, jouant le rôle de symptôme à son tour. Et comme l'a dit M. Sims lui-même : « la sensibilité excessive fait la base du diagnostic, et le spasme constitue le symptôme pathognomonique. » En d'autres termes : il peut y avoir douleur, hyperesthésie de la vulve, sans spasme du constricteur, sans vaginisme; mais il n'y a pas de vaginisme, de spasme vulvaire, sans douleur.

La *synonymie* de l'état pathologique qui nous occupe a dû varier nécessairement suivant l'idée qu'on s'est faite de sa nature, ou suivant la prédominance de tel ou tel symptôme accusé par la malade ou vérifié par le médecin, ou encore d'après les lésions qu'on a cru être la maladie elle-même : ce vague sur les caractères essentiels du vaginisme, cette incertitude sur ses causes et sa nature, ces erreurs de diagnostic, en un mot, ont fait que, pendant un certain temps, on a considéré comme étant des synonymes les expressions de : *névralgie vulvaire* ou *génitale*, *hyperesthésie* de la *vulve* (Briquet), *névrose douloureuse* des organes génitaux, etc., avec la *contracture douloureuse* de l'anneau vulvaire, le *spasme vulvo-vaginal*, *spasme génital*, etc. On a confondu aussi le *prurit vulvaire*, l'*eczéma* de la vulve, l'*herpès*, avec la névralgie, l'hyperesthésie, et celles-ci avec le vaginisme. Plus tard, quand déjà l'obstacle à l'entrée du vagin a

été reconnu, on disait indifféremment *atrésie vulvo-vaginale*, *retrécissement du vagin*, *resserrement vaginal*, et si la douleur s'y ajoutait, alors par analogie à la fissure de l'anus, on a proposé l'appellation de *constriction du vagin*, *contracture vaginale*, ou simplement *fissure de la vulve et spasme de la vulve* (Borelli). Cette dernière dénomination était déjà du vrai vaginisme. Le nom de *contracture spasmodique* du sphincter du vagin (Huguier, Debout, etc.) est excellent, car il rappelle à lui seul le caractère par excellence du vaginisme ; mais il a l'inconvénient d'être trop long et peut-être de préjuger d'avance la nature de la maladie. On le simplifia en disant *spasme vulvaire* on *vaginal* (Scanzoni). Enfin, M. Sims, raisonnant par analogie, donna à ce spasme vaginal le nom très-court et commode de *vaginisme*, se fondant sur ce qu'en oculistique on désigne sous le nom de blépharospasme, et en médecine sous celui de laryngisme, œsophagisme, trachélisme, etc., tout cela ne signifiant que des contractions involontaires, des spasmes de certains muscles. Cette dénomination a été adoptée dans ces derniers temps par presque tous les auteurs qui se sont un peu occupés de la question (Murray, Courty-Churchill, Nonat et Linas, Elleaume, etc.), et nous l'avons admise malgré les quelques reproches qu'on lui adresse, et malgré les dénominations nouvelles qu'on pourrait lui assigner, telles que, *hyperkinésie vulvaire* ou *vulvo-spasme*, ou encore, avec Amann, *vaginodynie*, par analogie avec pleurodynie, avec mastodynie, etc.

Le vaginisme doit être considéré comme une maladie relativement assez *fréquente*. Il suffit de dire que M. Simus observa son premier cas en mai 1857, il fut, à cette époque, lui-même très-embarrassé, et avoue qu'il ne put donner aucun conseil sur une maladie à l'égard de laquelle les livres classiques gardent un silence complet; il n'avait vu ni entendu parler de rien de semblable, et

il ajoute plus loin que c'est là le premier exemple qu'il a vu, et qu'il ne s'étonnerait pas que ce fût son dernier ; mais, le 18 juin 1859, il était déjà à son huitième cas, et au mois de décembre, 1861, il lisait un mémoire sur ce sujet, devant la Société obstétricale de Londres, résumant plus de trente observations. Scanzoni, dans l'espace de trois ans, dit en avoir observé 34 cas, et plus loin, il affirme en avoir vu plus de 100 dans toute sa carrière médicale, et tous guéris par son traitement. Nous savons aussi que Debout en publia deux observations dans son journal, 1861, et que quelques jours plus tard, Michon en publiait onze dans le même journal, etc., et depuis cette époque on en a vu de temps en temps quelques communications intéressantes.

Pourquoi donc avant ces faits déjà assez nombreux la maladie était-elle rare ? Par plusieurs raisons bien simples : 1° tout d'abord, parce que, comme nous avons vu, la maladie n'était pas connue, ou mal connue, avant que Marion Sims vînt tracer sa physionomie saisissante, et les observateurs restaient jusqu'à nouvel ordre dans une espèce de silence méditatif ; 2° parce que la nature même de la maladie, la susceptibilité légitime des malades, et les conditions qui l'engendrent, étaient un inconvénient réel pour se trouver en face de ce genre d'affection ; 3° parce que autrefois l'examen direct des organes et tous les moyens physiques d'exploration étaient chose peu connue ; 4° parce que, enfin, la maladie étant plus fréquente dans la classe aisée de la société, au dire des auteurs, les cas de vaginisme seront forcément plus rares dans les hôpitaux et hospices, ces grands foyers d'observation et d'expérience. Et voilà pourquoi souvent on peut considérer comme peu fréquente, très-rare, et même taxer d'extraordinaire, une maladie qui sera au contraire très-fréquente suivant le pays, le climat, le lieu où on la cherche ; suivant la

classe de la société, et disons aussi, suivant l'observateur.

CHAPITRE III.

DIVISION. — FORMES. — VARIÉTÉS.

On admet généralement que tout état pathologique, ou du moins le plus grand nombre, est ou idiopathique, ou sympathique, ou symptomatique, suivant que la lésion existe ou n'existe pas, ou suivant que cette lésion se trouve sur l'organe même et se traduit par les symptômes caractérisant la maladie, etc., ou suivant que ces mêmes symptômes se manifestent ailleurs, loin du siége de la lésion; et c'est celle-ci qu'on appelle sympathique, diastaltique, ou par action réflexe.

La division des maladies en aiguës et chroniques pourrait peut-être convenir un instant aussi au vaginisme, si on ne tient compte que de la durée de l'affection et nullement des phénomènes réactionnels et autres, car quelquefois la contracture spasmodique du vagin est passagère, dure peu; tandis que, d'autres fois, le plus souvent, elle dure d'une manière indéfinie. Mais cette division n'a réellement pas un grand intérêt dans notre sujet; nous verrons, en effet, que le vaginisme revêt un caractère permanent de stabilité, qui n'est ni l'état aigu, ni l'état chronique, à proprement parler.

Nous en dirons autant de ces formes de spasme vaginal qu'on peut croire exister : *vaginisme physiologique* et *vaginisme intermittent*. Le premier ne serait qu'un acte très-passager, brusque, tout à fait volontaire : un seul fait de synergie musculaire, dont l'explication ou le mécanisme est connu, en se rappelant que les fibres

du sphincter anal se continuent en 8 de chiffre avec celles du sphincter vaginal. Quand donc l'un de ces sphincters agit sous l'empire de la volonté, l'autre le suit forcément ; mais, nous le répétons, c'est quelque chose de très-éphémère, sans importance pour nous. Quant au spasme intermittent, il existe sans doute, en tant que spasme simplement, et c'est ce qui caractérise le mot justement ; mais, en tant que vaginisme, que contracture du vagin, nous ne pouvons pas l'admettre ; c'est-à-dire, nous ne croyons pas qu'il y ait, par exemple, vaginisme pendant un jour ou deux, cessation ensuite pendant quelques jours ; contracture plus tard, rémission le lendemain, etc., et ainsi de suite. Cela n'existe pas, évidemment, et ne se trouve, du reste, consigné dans aucune de nos observations. Ce qui existe, c'est une contracture plus ou moins passagère, plus ou moins persistante, comme nous l'avons indiqué déjà à propos de la définition du vaginisme ; mais, alors, c'est une affaire de rapport de cause à effet : la cause vient à disparaître, le vaginisme cesse à son tour, plus ou moins promptement, pour reparaître aussitôt que la cause productrice se montre de nouveau, et dans un laps de temps assez indéterminé. C'est donc une récidive, et non une vraie périodicité, dans le sens qu'on accorde à ce mot. On admettra, par conséquent, un *vaginisme passager* et un *vaginisme persistant*, ou, si l'on veut, un vaginisme *léger* et un vaginisme *invétéré*.

Cette division, du reste, n'est autre que les deux espèces ou formes de vaginisme admises par quelques observateurs, tels que Charrier, Caffe, etc. Dans une première forme, disent ces auteurs, il y a véritablement contracture du sphincter, état morbide de la fibre musculaire. Cet état morbide, cette modification anatomique (Caffe) peut avoir existé avant le mariage, ou peut

se manifester après l'acte conjugal accompli, et même après la parturition ; et c'est par suite d'une modification survenue dans les organes que les rapports sexuels sont devenus impossibles : c'est le vaginisme persistant, invétéré. Dans la seconde forme, la plus commune, ce sont des femmes chez lesquelles les rapports sexuels n'ont jamais pu s'exercer intégralement, soit par excès de prudence ou défaut de puissance de la part du mari, soit par l'effet de la sensibilité extrême du système nerveux général de la femme, qui détermine des spasmes avec contraction violente du sphincter vaginal et des muscles du bassin, cruraux, adducteurs des cuisses, etc. Dans cette forme, la lésion musculaire ne consiste pas en une contracture musculaire permanente, c'est-à-dire en une action tonique exagérée, et qui donne à la fibre une tension permanente. Cette tension est toute passagère ; elle est provoquée par l'action réflexe, au moment où l'on exerce une action traumatique sur la vulve. La fibre musculaire reste complétement saine : c'est le vaginisme passager.

Enfin, à ces deux espèces de contracture du vagin, il faudra peut-être en ajouter une troisième variété, c'est celle que M. Péan appelle *vaginisme supérieur*. Cet observateur, qui a bien voulu nous communiquer cinq cas de vaginisme, a trouvé que quelquefois les symptômes de spasme vaginal se passent seulement dans la moitié supérieure de ce conduit ; douleur et coït difficile, impossible même ; le doit pénètre difficilement dans cette portion du vagin, on sent le spasme, et on n'arrive au col utérin qu'en déterminant des douleurs atroces ; tandis que les symptômes à la région vulvaire et à la moitié inférieure du vagin sont peu accusés ou complétement nuls (obs. 25). Le nom de *vulvo-vaginisme* ou *vaginisme inférieur* serait réservé pour les cas beaucoup plus fréquents, où tous les symptômes se trouvent à la vulve,

au bulbe et à la moitié inférieure du vagin seulement. M. Péan trouve que, dans les deux cas, vaginisme inférieur et vaginisme supérieur, les parois mêmes du vagin sont rétrécies, contracturées, et ont une certaine tendance à se laisser déchirer par la dilatation.

En résumé, donc, le vaginisme se diviserait, d'après sa nature et ses causes, en *vaginisme esssentiel* et *symptomotique;* d'après sa marche, sa durée, en *passager* et *permanent;* et enfin, d'après son siége, en *inférieur* et *supérieur.*

Nous n'osons pas répondre de cette division du vaginisme, car ici, comme pour bien d'autres états pathologiques, il est bien difficile souvent de se prononcer tout d'abord sur l'essentialité ou non-essentialité de la maladie. Ce mot, on le sait, perd chaque jour de son importance à mesure que les moyens d'investigation deviennent plus précis et les recherches anatomo-pathologiques plus minutieuses, et que la physiologie pathologique fait de vrais progrès. Le vaginisme essentiel pourrait donc ne pas exister, malgré l'autorité de Sims en pareille matière; et en effet, tandis que cet auteur considère l'inflammation ou autre lésion des parties génitales externes comme une complication rare du vaginisme, Scanzoni, observateur non moins autorisé, démontre par un grand nombre de faits que l'inflammation est au contraire le premier accident dans la production du spasme vaginal; et toute notre thérapeutique, continue Scanzoni, est basée sur l'idée que cette affection est une inflammation traumatique de l'orifice du vagin; l'hyperesthésie et les contractions réflexes ne sont que des phénomènes secondaires. Toutes nos observations, en effet, et celles de Sims lui-même, que nous reproduisons presque dans cette seule intention, nous laissent voir une lésion plus ou moins importante; et si

beaucoup de ces lésions sont consécutives, chose que tout le monde admet sans conteste, on ne peut pas laisser d'admettre que d'autres sont primitives, antérieures au spasme viginal, car, par des traitements simples, tout à fait locaux, on est arrivé à supprimer la lésion et le spasme en même temps. D'autre part, comme nous le démontrerons à l'article *Etiologie*, il suffit souvent pour produire l'action réflexe, le spasme, de la plus petite chose: la simple rougeur, l'hyperémie d'un point très-circonscrit de la muqueuse, une simple petite éraillure, une érosion dans un point quelconque de la vaste muqueuse vulvo-vaginale, qui, grâce aux plis nombreux de celle-ci, peut se soustraire à l'examen d'un observateur parfois très-expérimenté. C'est pour ces cas évidemment qu'on est tenté d'affirmer une contracture idiopathique du vagin, tout en invoquant un état nerveux considérable, un nervosisme évident, l'hystérie, etc., et on conclut vite à la névrose du vagin ou de son constricteur. Sans doute, il faut admettre dans beaucoup de cas une idiosyncrasie particulière, une prédisposition individuelle pour s'expliquer certains effets d'une difficile interprétation; mais c'est là toujours cette soupape de sûreté pathologique de peu de valeur aujourd'hui.

Cela dit pour le moment, et d'accord avec le plus grand nombre des observateurs et des observations, nous ne traiterons que d'une espèce de contracture spasmodique du vagin, la *contracture symptomatique*, qui pourra à son tour être *permanente* ou *passagère*, *simple* ou *compliquée*. Et le sujet ainsi limité au point de vue de ses variétés et de ses formes, nous allons essayer de justifier cette division par l'étude des causes et de la pathogénie.

CHAPITRE IV.

ÉTIOLOGIE.

Dans l'étude des causes du vaginisme, que nous avons supposé être symptomatique, nous procéderons suivant l'ordre admis par les auteurs de pathologie générale qui divisent les causes en prédisposantes et en déterminantes ou occasionnelles.

Causes prédisposantes.

Ces causes comprennent l'âge, le tempérament et la constitution de l'individu, les idiosyncrasies, les habitudes, l'hérédité, la conformation, etc.

Age. Le vaginisme est une affection de l'âge adulte, car la prédisposition ne ferait rien sans la cause efficiente, et celle-ci n'existe ordinairement que quand les traumatismes des parties sexuelles sont venues à se produire. C'est donc entre 20 et 50 ans qu'on verra le plus de cas de contracture du vagin. Si la malade est d'un âge plus avancé, il y a lieu de supposer que la maladie date d'une époque déjà plus ou moins éloignée. Tels sont les malades de Debout, de Sims, etc. Dans le premier cas, la malade avait 59 ans, et la maladie datait de onze ans; la malade de Sims en avait 45, et la maladie avait déjà vingt-cinq ans d'existence.

Tempérament. Le tempérament n'exerce pas une grande influence sur la production de l'affection; c'est ce que l'on peut déduire des observations que nous avons sous les yeux. Il paraît pourtant que le tempéra-

ment nerveux influe jusqu'à un certain point sur le développement de la maladie : les spasmes sont la caractéristique d'un tempérament irritable; mais, d'autre part, le tempérament sanguin expose plus aux phlegmasies; ce sont des individus à diathèse inflammatoire, disent les autres, et, dès lors, les organes génitaux ainsi influencés réagissent à leur tour sur le système musculaire vigoureux, et le spasme se produit. Les lymphatiques, à leur tour, ont une susceptibilité très-grande des muqueuses et de la peau : ils sont disposés aux affections eczémateuses, hépatiques, etc., et partant au vaginisme, comme nous verrons. Quoi qu'il en soit, les auteurs s'accordent généralement à admettre que le système nerveux, très-développé chez certaines femmes, est une prédisposition au vaginisme, comme il l'est pour d'autres spasmes, et, dès lors, ils voient dans l'hystérie, par exemple, une prédisposition très-favorable à la contracture du vagin; ils en font une névrose, sans affirmer pourtant qu'elle soit une maladie essentielle. Ainsi, nous voyons Scanzoni qui, en faisant dépendre quelquefois le spasme vaginal de l'hystérie, affirme plus loin que l'hystérie peut être consécutive, quand il dit qu'à la longue le vaginisme apporte un fâcheux retentissement sur l'ensemble de l'organisme, de telle sorte que, sur 20 malades dont il parle, qui jusqu'à l'époque de leur mariage avaient joui d'une santé parfaite, 14 offraient des symptômes évidents d'anémie, et 17 avaient manifesté dans le cours de la maladie des signes d'hystérie souvent fort accusés. Il est donc très-vraisemblable de penser que l'hystérie peut quelquefois coïncider avec le spasme vaginal, sans en être la cause, et plus souvent venir le compliquer, car on sait que souvent les irritations et autres lésions des organes sexuels de la femme sont une cause d'attaques hystériques; mais, nous le répétons, dans nos observations

nous ne voyons pas que l'hystérie ait joué un grand rôle.

Partant de cette idée que la maladie était le résultat d'un système nerveux très-irritable ou trop développé, les auteurs ont trouvé l'explication de sa plus grande fréquence dans les grands centres de population, où les femmes sont généralement plus nerveuses, plus impressionnables que celles qui habitent les campagnes. Et, suivant le même raisonnement, on est arrivé à ne voir le vaginisme que dans la classe élevée de la société (Michon, Debout, Sims, Churchill, etc.), car l'éducation dans cette classe, la culture de l'intelligence, développant le système nerveux outre mesure au détriment de la force physique, la sensibilité s'exalte, et le spasme douloureux survient plus facilement. Le vaginisme serait donc, d'après ces auteurs, un état maladif nouveau, à ajouter à tant d'autres qu'engendrent déjà les effets d'une civilisation plus raffinée.

Et voici, du reste, ce que M. Caffe lisait, entre autres choses également intéressantes, devant la Société médicale d'émulation, le 5 mai 1866 :

» Messieurs, le silence gardé par les praticiens s'explique par un certain nombre de causes : cette affection ne se rencontre pas dans les hôpitaux, elle appartient aux classes élevées de la société, chez lesquelles l'éducation a développé le système nerveux et la sensibilité aux dépens de la force physique, et amène ainsi de nombreux et douloureux spasmes. Le mari, dans cette classe éduquée, ménage les convenances, fait des concessions auxquelles ne consent pas et que ne comprend pas l'homme du peuple, l'ouvrier qui, plus robuste ainsi que sa femme, est en face d'une sensibilité plus modérée. Chez l'ouvrier, les rapports d'âge et d'affection sont aussi mieux respectés, le poids de la dot n'étant

pas venu rendre léger celui des inconvénients de diverses sortes et même des antipathies. »

Il resterait donc établi pour cet observateur, comme pour beaucoup d'autres, que le spasme vaginal serait rare dans les établissements hospitaliers par les raisons que nous venons d'indiquer, comme il l'avait fait observer aussi pour l'atrésie vulvaire, mais je crois qu'on peut invoquer encore d'autres raisons bien différentes de l'état nerveux et de la culture plus ou moins avancée de l'esprit, pour se rendre compte de cette rareté relative de la maladie dans les hôpitaux. Il y a d'abord d'autres raisons étiologiques que nous allons traiter bientôt pour expliquer cette particularité ; et puis, si on veut comparer le nombre des malades qui vont se traiter dans les établissements publics au nombre bien plus considérable de ceux qui n'y vont pas (et il s'agit de la pathologie des femmes, bien moins considérable dans les hôpitaux), on aura déjà une petite réserve à faire ; ajoutons à cela que, pour les maladies des organes sexuels et de la catégorie de celle que nous traitons, surtout si la malade n'a égard qu'à son état d'infécondité, nous aurons une nouvelle preuve à ajouter à la première, car la femme préfère, dans ces cas, malgré l'insuffisance de ses moyens, ne pas se rendre l'hôpital, et surtout ne pas y séjourner. Ces sortes de malades n'hésiteront donc pas à aller prendre l'avis d'un médecin chez lui avant de se résigner à faire à l'hôpital une visite qu'elles voudraient tenir cachée, et qui acquiert dès lors un certain degré de publicité. Et si le niveau de leur intelligence est inférieur encore à leurs ressources, il est alors de toute probabilité que la consultation sera arrêtée, soit chez une vieille amie, soit chez la première sage-femme venue, ou, en dernier lieu, ce sera l'affaire des homœopathes.

Des considérations précédentes et d'après les faits que nous avons sous les yeux, il résulte que l'influence de

l'état nerveux sur la genèse du spasme vaginal n'a pas une importance aussi grande, pas plus, du reste, que la culture de l'intelligence chez la classe aisée. On peut voir, en effet, dans les observations que nous avons pu recueillir, que toutes les malades n'appartenaient certainement pas aux classes aisées ou dont les facultés intellectuelles sont d'un ordre exceptionnel, qu'elles ne sont pas toutes chloro-anémiques, hystériques, etc. Et en effet, une des malades de M. Huguier entra à l'hôpital le 2 juin 1831, et elle était couturière ; la malade de Michon entrait à la Pitié en 1850. M. Demarquay en observait un cas, en 1862, dans son service à la Maison municipale de santé; Murray en voyait un autre au grand Hôpital du Nord, à Londres; Raciborski nous parle, dans son observation, d'une femme de chambre ; M. Richet, d'une domestique qu'il a traitée à l'Hôtel-Dieu de Paris, 1867 (1); M. Guyon, d'une piqueuse de bottines, à Necker. Le cas que nous observons actuellement dans le service de M. Tarnier se rapporte à une couturière, etc.

La *constitution* des malades a été aussi invoquée pour expliquer dans certains cas la genèse de la contracture spasmodique du vagin, et aussi différemment interprétée comme les tempéraments. On a accusé tantôt l'homme, tantôt la femme, ou tous deux à la fois, comme cause médiate ou immédiate de vaginisme. C'est, disent quelques auteurs, chez les femmes faibles, délicates, anémiques, qu'on voit le plus souvent le vaginisme ; d'autres, au contraire, ont cru la maladie plus fréquente chez les femmes robustes, fortes, ardentes. Il n'y a vraiment rien de bien évident à ce sujet.

On a dit alors qu'il fallait incriminer le mari comme étant dans quelques cas la cause principale de la manifestation de la maladie; car, s'il est certain que bien sou-

(1) Gaz. des Hôp., 1867. p. 349.

vent les maris sont arrêtés par scrupule ou délicatesse aux premières douleurs que la femme éprouve, d'autres fois on a cru pouvoir supposer, que, si l'acte copulatif était imparfait, cela tenait à leur constitution faible, délicate, résultant d'un âge avancé, des excès vénérieds antérieurs, ou enfin d'une impuissance congénitale. Les tentatives réitérées faites alors pour vaincre l'obstacle, non suffisamment énergiques, impuissantes, ne font qu'irriter les parties sexuelles et le spasme se déclare. Ce mécanisme peut être vrai, comme nous le verrons à propos des causes déterminantes ; mais ce qui n'est pas vrai, c'est l'interprétation sur l'impossibilité de l'intromission. En effet, si Churchill, Debout et autres, soutiennent cette hypothèse, et disent que le vaginisme ne saurait résister devant la puissance copulative d'un homme fort et vigoureux, d'où la moindre fréquence de la maladie dans la classe ouvrière, etc. ; Sims, de son côté, cite des cas où les forces génésiques de l'époux atteignaient des limites exceptionnelles, sans parvenir à vaincre l'obstacle.

Scanzoni croit que ce n'est ni la résistance insolite de l'hymen qui porte le plus souvent obstacle au coït, ni l'étroitesse du vagin, ni le degré des forces génésiques, mais plutôt la bonne direction donnée à ces forces. Et à ce propos, continue l'éminent gynécologiste, nous pourrions citer des exemples très-probants dans lesquels on voit des époux jeunes et robustes, mais inexpérimentés en amour, arriver au but beaucoup plus tard que d'autres, qui avant leur mariage n'avaient négligé aucune occasion d'acquérir une riche expérience en cette matière et une certaine habileté (*dexteritas coeundi*) dans le coït, et chez lesquels cependant la puissance virile avait faibli.

Et comme preuve de cette explication, Scanzoni donne

parmi les maris des 34 malades qu'il traita 11 sujets qui lui affirmèrent n'avoir jamais eu de rapports sexuels avant leur mariage. D'où il déduit que la maladresse dans l'acte copulatif devient une cause de vaginisme, tout en admettant que la fatigue de la part du mari y contribue. Ainsi trois de ces maris avaient dépassé 50 ans, et neuf lui ont avoué s'être notablement affaiblis à la suite d'excès vénériens précoces ou par l'onanisme.

De tout cela, il résulte bien nettement qu'en effet la constitution du mari est une cause qui prédispose puissamment au spasme du vagin, par des mécanismes différents, si l'on veut, suivant que le mari est fort ou faible, mais que la cause prochaine est toujours la même, savoir le traumatisme de la vulve, l'inflammation, les déchirures incomplètes, etc. Si l'individu est faible, ce sont des tentatives insuffisantes et inutiles qui produiront la lésion; s'il est fort, ce pourra être sa maladresse, etc.

Nous insisterons peu sur l'*idiosyncrasie* des malades les prédisposant plus ou moins à voir se produire chez elles la contracture spasmodique du vagin. Du reste, on sait que l'idiosyncrasie n'est en définitive que la disposition spéciale qui résulte du mélange du tempérament dont nous avons déjà parlé, et de la manière d'être individuelle qui va nous occuper bientôt. Comme nous l'avons déjà dit, la prédisposition ne sert que très-peu ou point à nous éclairer sur la genèse du spasme vaginal. Ainsi ne pouvons-nous pas nous expliquer pourquoi l'odeur de la rose, par exemple, produit chez certaines personnes des nausées, des vertiges ou des syncopes; pourquoi, chez d'autres, le froid humide produit tantôt une pleurésie, tantôt une angine, tantôt un rhumatisme, etc. Tissot raconte qu'un de ses amis ne pouvait, même sans le savoir, prendre la plus petite quantité de sucre sans qu'il en résultât des vomissements; d'autres

ressentent des sensations pénibles par le toucher du velours, d'une pêche, ou par le fait de se laver le visage avec une éponge, etc. D'autres personnes ont à la moindre écorchure un érysipèle; chez d'autres on voit le délire, des convulsions, des syncopes à la moindre indisposition. Chez les femmes, à chaque époque menstruelle, c'est tantôt du frisson, tantôt une pustule d'acné sur le visage ou ailleurs, tantôt de l'herpès, etc. La contracture spasmodique du vagin ne peut donc faire exception à cette loi singulière dont on ignore absolument la cause. Et voilà pourquoi, tandis que chez une femme un traumatisme quelconque de la vulve ne produira aucun spasme, chez une autre, au contraire, la moindre congestion de cette partie, la moindre érosion, un herpès ou un eczéma en seront des causes déterminantes plus que suffisantes. Rien donc d'établi sur l'idiosyncrasie morbifique de la contracture génitale, et, par conséquent, rien non plus à propos de l'immunité congénitale ou acquise.

Quand le spasme existe, il faut invoquer d'autres raisons et chercher surtout sa cause dans d'autres conditions particulières, et souvent dans une lésion plus facile à trouver.

Il est de toute évidence que si les idiosyncrasies, les prédispositions ne peuvent servir qu'à peu de chose pour expliquer le développement de l'affection, les climats, les races, l'hérédité, etc., qui en sont les causes génératrices, devront ne pas nous arrêter davantage.

Les *habitudes* peuvent, dans certains cas, devenir une cause évidente de vaginisme et nous voulons parler surtout des habitudes mal dirigées, celles qu'en raison de leurs inconvénients on appelle mauvaises ou vicieuses. La masturbation, par exemple, occupe ici le premier rang. On sait, en effet, que cet acte éminem-

ment condamnable, à part l'atteinte qu'il apporte à la santé générale, produit sur les organes génitaux de la femme des lésions diverses capables de provoquer plus tard le spasme du vagin. Ce sont tantôt des subinflammations de la vulve, de l'érythème, des hypertrophies glandulaires, de la vraie vulvite, etc.; tantôt un développement considérable des nymphes et de l'organe érectile qui deviennent à la longue un obstacle réel à la copulation ou s'enflamment à leur tour et sont une cause de vaginisme. Nous citons deux observations où cette disposition a été trouvée. Dans tous les cas, les organes deviennent plus susceptibles, plus irritables, et à ces lésions viennent s'ajouter les traumatismes du coït qui les augmentent et exaspèrent les douleurs. La masturbation chez les femmes peut donc être regardée comme une des causes prédisposantes de spasme vaginal. Et il va sans dire que l'abus du coït peut conduire au même résultat; tel est le cas de la jeune fille citée par M. Huguier : elle s'était livrée avec excès aux plaisirs sexuels depuis quelque temps.

Nous en dirons autant de certaines habitudes de toilette plus ou moins plausibles en apparence qu'ont certaines femmes. On sait, en effet, que l'usage prolongé et fréquemment répété de lotions, d'injections fortement astringentes (alun, tannin, extrait de Saturne, décoction de dracæna draco, etc.), peuvent à un moment donné agir comme irritants de la muqueuse vulvo-vaginale et constituer une vraie cause de spasme. Si celui-ci ne s'est pas produit ainsi, par desquamation épithéliale, rougeur ou simple hyperémie, les substances astringentes auront pu toujours produire une sécheresse de la vulve et même un certain degré de rétrécissement vulvo-vaginal qui, apportant un obstacle d'abord médiocre aux premières tentatives d'intromission, peut devenir ensuite une cause prédisposante d'inflam-

mation ou autre lésion, qui à son tour provoquera le spasme vaginal.

La *conformation* anatomique des organes génitaux dans l'un ou l'autre sexe est aussi indiquée par les auteurs comme cause prédisposante de vaginisme. Nous avons déjà parlé de l'étroitesse du conduit vulvo-vaginal produite accidentellement par des topiques; mais il y a des cas où le vagin est étroit congénitalement, sans constituer pour cela une atrésie, et alors un pénis normal peut être relativement disproportionné et devenir la cause de traumatisme génital. De même, et par le même mécanisme, il y aura prédisposition à la maladie, si le pénis est au contraire disproportionné, le conduit vaginal étant normal; et souvent les malades vont consulter les praticiens pour ce dernier motif, parfois hypothétique. Enfin, une disposition anatomique bien plus fréquente, et dont il faudra toujours tenir grand compte, c'est la disposition et les caractères de la membrane hymen. Nous voyons, en effet, que cette membrane est presque toujours plus résistante qu'à l'ordinaire, moins élastique, quand elle existe, chose qui arrive du reste assez souvent; et si elle est déchirée, on trouve à sa place des vestiges assez volumineux, gros, résistants, durs; quelquefois un véritable anneau fibreux infranchissable qui borne tout l'orifice. Dans les faits que nous consignons à la fin de ce travail, nous trouvons toutes ces dispositions, qui ont suggéré souvent des procédés opératoires, des indications très-diverses qu'on a dû suivre. On sait d'ailleurs toutes les variétés que peut présenter ce diaphragme vaginal au point de vue de sa configuration, de son insertion et de sa résistance. Tout cela étant, on conçoit déjà par quel mécanisme les lésions consécutives peuvent se produire.

Nous verrons à l'article *Symptômes physiques*, que Debout et Churchill ont vu et admis que chez quelques femmes le périnée présente une hauteur beaucoup plus considérable; la fourchette semble portée vers le pubis, etc., et alors la copulation sera rendue difficile : l'orifice vulvaire sera franchi avec difficulté, la déchirure de l'hymen se fera incomplétement et à la partie supérieure; une inflammation, comme dans les cas précédents, en sera la conséquence.

En résumé donc, toutes ces causes prédisposantes, obstacles mécaniques ou non, tant de part de la femme que du mari, conduisent à une seule expression pathologique, l'inflammation, qui à son tour peut amener le spasme douloureux du vagin. Que l'inflammation, la congestion ou l'ulcération aient été primitives ou consécutives à ces efforts répétés de copulation, peu importe, le premier élément pour provoquer un spasme n'en existe pas moins.

Causes occasionnelles.

Parmi ces causes, on a signalé l'hyperesthésie de la vulve, le prurit, la névralgie; les fissures, la vulvite et la vaginite, les érosions, éraillures, gerçures; l'eczéma et l'herpès; des éruptions diverses, des excroissances, verruqueuses, polypeuses; les corps étrangers dans le vagin, l'accouchement, etc.; en un mot tout ce qui peut produire un état inflammatoire de la muqueuse vulvo-vaginale; enfin, certaines maladies de l'anus, du rectum, de l'utérus, des ovaires, la dysménorrhée, etc., d'après quelques auteurs, auraient pu amener le spasme vaginal.

L'*hyperesthésie* de la vulve peut s'accompagner de contracture du vagin, mais pas toujours, comme on le

croirait de prime abord suivant la définition de Sims. L'hyperesthésie, ou plutôt la douleur, existe presque toujours quand il y a vaginisme; mais, c'est justement parce qu'il y a contracture que la douleur est excessive, la réciproque n'étant vraie qu'exceptionnellement. L'hyperesthésie, chez certaines hystériques, est tellement considérable, que le moindre toucher provoque des contractions des muscles sous-jacents (Briquet, Bezançon, Racle); l'hyperesthésie oculaire détermine la contraction de l'orbiculaire (Vidal, de Cassis), etc.; donc, il faut admettre qu'elle peut amener le spasme du vagin, et Vidal l'admet à l'article *Névralgie vaginale*. Raciborski (1), qui n'accorde pas une très-grande importance au spasme du sphincter, dit très-bien qu'il y a des cas ou tout paraît se borner à l'hyperesthésie; c'est là pour lui une affection de la vulve, caractérisée par une perturbation dans les dernières ramifications nerveuses, s'annonçant au dehors par l'hyperesthésie ou l'exagération de la sensibilité; en un mot, une forme d'hyperesthésie vulvaire qui change d'expression selon le siége qu'elle occupe. Raciborski, un peu plus loin, ajoute que le spasme des constricteurs du vagin est consécutif, comme on le voit pour le muscle orbiculaire ou les muscles de la glotte dans certaines névralgies des paupières ou du larynx; il faut, dit-il, en tenir compte, mais il ne faut pas en faire le principal élément.

Pour cet observateur, l'hyperesthésie de la vulve serait presque synonyme de vaginisme, qu'il y ait ou non spasme du sphincter vaginal, celui-ci pouvant ne pas coexister ; il paraît que, dans ces cas, l'hyperesthésie occupe certaines parties seulement de la muqueuse vulvaire ; elle est plus circonscrite. Limitée, par exemple,

(1) Gaz. des hôp., 1868.

à l'ouverture de l'urèthre, elle peut n'entraîner que le spasme uréthral, de fréquentes envies d'uriner, ou bien la dysurie, sans contraction du vagin ; l'urine, en passant, exaspère l'hyperesthésie. Si, au contraire, elle siége à la fourchette et sur l'hymen, alors le spasme vaginal se produira plus facilement. Mais nous avons déjà établi que, pour qu'il y ait vaginisme, il faut nécessairement la contracture spasmodique du vagin ou au moins de son constricteur ; donc, si l'hyperesthésie seule existe, cela n'est plus du vaginisme, et dès lors, nous concluons que l'hyperesthésie est souvent une cause de vaginisme, mais n'est jamais son synonyme. On sait du reste que cet état de la vulve et du vagin est connu depuis Burns, de Glascow, d'après Simpson, qui l'a considéré, à l'exemple de Malgaigne, comme un mode particulier de névralgie ; mais ils n'ont jamais parlé de spasme du vagin et l'ont traité en agissant contre la douleur, soit par la section simple (Burns), ou sous-cutanée (Simpson) du nerf honteux interne, soit par des topiques divers antinévralgiques, etc. En résumé, l'hyperesthésie, la névralgie vulvaire, peuvent devenir cause de vaginisme, comme nous allons le voir à l'occasion de la pathogénie, mais ce n'est pas là le vaginisme, et, suivant le siége que l'hyperesthésie occupe, le spasme se manifestera plus ou moins facilement. A l'article *Symptômes* nous verrons que, d'après Sims, l'hyperesthésie est nulle à la face interne de l'hymen et à la partie correspondante du vagin. Sa face externe, les caroncules, sont au contraire excessivement sensibles. Cette règle n'est pas absolue. Sims avait cru un instant que les symptômes de vaginisme avaient de l'affinité avec ceux des névromes, au point de vue de la douleur extrême, de l'hyperesthésie de l'hymen ; mais son ami, le professeur Alonzo Clark ayant examiné les hymens de

sujets atteints de vaginisme, n'a jamais pu trouver qu'aucun filament nerveux s'y fût introduit.

Le *prurit* vulvaire, qui n'est le plus souvent que symptomatique de vulvite, de folliculite, d'acné, d'herpès, d'eczéma, etc., est aussi indiqué comme cause de vaginisme et par les mêmes raisons. Si l'on admet un prurit essentiel, le résultat est identique; les malades finissent par enflammer ou excorier la muqueuse, l'époque menstruelle exaspère la tuméfaction et le prurit, et la lésion se manifestant de plus en plus, le spasme apparaît.

Les *fissures* de l'entrée du vagin ont joué le plus grand rôle pour expliquer le vaginisme, et cela se comprend aisément, car on connaissait déjà l'effet de la fissure à l'anus sur le sphincter anal. C'est en raisonnant par analogie qu'on arriva peut-être à établir pour la première fois le spasme vaginal. Et nous voyons depuis, Huguier, Dupuytren, Borelli, Chégoin, etc., ne parler presque que de la fissure de la vulve et établir la plus grande analogie avec la fissure anale. Elle constitue une vraie période, une époque, pour ainsi dire, dans l'histoire de la contracture du vagin, qu'on peut appeler la période de la fissure. Ce n'est que depuis Scanzoni, qui, en parlant du spasme du vagin et lui assignant diffrentes causes, changea un peu le plan étiologique, que les auteurs ont multiplié les causes du vaginisme. Cela ne veut pas dire que la fissure ait perdu son importance; elle aura toujours une valeur immense dans l'histoire étiologique du spasme vaginal; mais ce n'est pas la cause unique, comme on l'aurait cru un instant en lisant les chapitres intitulés de la fissure de la vulve. Nous la trouvons en effet dans quelques-unes de nos observations, mais bien plus rarement qu'on ne l'aurait supposé. Ces fissures siégent tantôt à la partie supérieure de la vulve, sur l'un et

l'autre côté du vestibule, tantôt à la partie postérieure ; quelquefois elles sont assez profondément situées pour échapper à un examen superficiel ; mais, par le toucher, la douleur est exaspérée quand on arrive sur l'endroit où siége cette lésion.

Nous en dirons autant des *gerçures*, des *éraillures*, des *érosions*, des *crevasses*, des *rhagades*, des *plaques muqueuses* de la valvule, qui ne sont, le plus souvent, que des synonymes de fissure, tout en réservant les deux dernières dénominations pour les cas où l'on présume la diathèse syphilitique.

A côté de toutes ces lésions se rangent tout naturellement d'autres états de la muqueuse beaucoup plus fréquents, et qui sont aussi une cause de vaginisme. Il n'est pas rare, en effet, de trouver, sur la muqueuse vulvo-vaginale, depuis la simple rougeur, la simple hyperémie, la tuméfaction ou le boursouflement, jusqu'à l'inflammation la plus intense, la desquamation épithéliale la plus complète. C'est tantôt un érythème inflammatoire pur et simple, tantôt une vulvite ou une vaginite virulente, et, enfin, la suppuration de la glande vulvo-vaginale (Scanzoni).

La *vaginite* a acquis, entre les mains de Churchill, une importance capitale dans l'étiologie du vaginisme. Cette inflammation, dit-il, dont le point départ a été à la vulve, ne s'arrête pas là et gagne tout le vagin. Ainsi se produisent des vaginites assez intenses et le spasme devient plus prononcé. Les tentatives de coït répétées produisent donc la vulvite, et, par extension de l'inflammation, la vaginite. Elle serait donc une cause et, plus tard, un effet du vaginisme. Mais, d'autres fois, la vaginite a été primitive ; elle existait avant la contracture, et il paraît que c'est surtout la vaginite *granuleuse* qui

détermine du spasme, dit M. Richet, et, avec cet auteur, MM. Gosselin, Cullerier, etc. Scanzoni trouva 14 cas de catarrhe intense du vagin sur ses 35 observations de vaginisme. — Nous en citons un bel exemple dans l'observation 18. Et M. le professeur Verneuil en a observé plusieurs cas à l'hôpital de Lourcine; c'était aussi de la vaginite granuleuse (communication orale).

Il faut ranger dans la même catégorie que les vaginites ou les vulvites simples, les inflammations des follicules muqueux, vulvite folliculeuse, succédant quelquefois à la blennorrhagie (Robert, *Arch. gén. de méd.*, 1841), très-persistante, accompagnée de prurit insupportable, douleur, etc. L'inflammation des follicules sébacés et pilifères ou *folliculite vulvaire* décrite par Huguier, peut, à sa seconde période, en s'ulcérant par le grattage, devenir très-douloureuse, et provoquer, comme toutes les autres lésions, un spasme vaginal.

Enfin, nous avons déjà vu qu'on peut trouver à la vulve diverses espèces d'*herpès* et d'*eczéma* déterminant des démangeaisons excessives, un écoulement séreux, plastique ensuite, irritant de plus en plus la muqueuse vulvo-vaginale, et amenant enfin le spasme. On sait, du reste, que ces mêmes affections, herpès ou eczéma, amènent, dans quelques cas, la constriction de la bouche, des paupières, de l'anus, quand elles ont pour siége ces parties.

Nous trouverons aussi, à l'article *Symptômes*, que, quelquefois, avec le vaginisme, on découvre des *excroissances* diverses sur les organes génitaux qui peuvent expliquer, jusqu'à un certain point, le spasme vaginal. Ce sont des hypertrophies dermiques ou épithéliales, des végétations verruqueuses, polypeuses, etc., qui sont souvent très-douloureuses, s'ulcèrent, excrètent un liquide irritant, et la muqueuse vulvaire finit par s'en-

flammer, s'excorier. Mais certaines petites tumeurs, qu'on trouve surtout vers la région uréthrale, bien étudiées par Thore (*Gaz. de Paris*, 1860), par MM. Caudmont, Lagneau, et surtout par Raciborski (*Bull. de l'Acad.*, t. XXXI, p. 850, etc.), sont tellement sensibles, irritables, qu'à elles seules elles peuvent déterminer un spasme réflexe, si l'on vient à les irriter souvent. Tel est le cas de Sims observé en 1863 (obs. 5); il trouva, au côté droit de l'orifice du vagin, un petit tubercule ou durillon gros comme un grain de blé; il était très-sensible, même au contact d'un pinceau; il fut saisi par un ténaculum, et enlevé; la douleur disparut immédiatement; et la malade guérit par cette petite opération. L'opération qu'elle avait subie auparavant, incision de l'hymen, de la fourchette, et dilatation, n'avaient pas suffi.

Les *corps étrangers* introduits dans le vagin ont pu devenir une cause de vaginisme. Tel est l'exemple, cité par M. Richet, relatif à une dame à qui Chomel avait appliqué un pessaire d'ivoire. Ce corps étranger, qui n'était resté que peu de temps en place, ajoute M. Richet, avait déterminé, par sa présence dans le vagin, un tel *resserrement* de l'anneau vulvaire, que l'exploration par le toucher occasionnait des spasmes suivis de syncopes. Dans d'autres circonstances, le corps étranger, restant trop longtemps dans le vagin, produira des lésions suffisantes pour expliquer le spasme du constricteur.

C'est évidemment par le même mécanisme que la contracture du vagin s'est montrée, après l'*accouchement*, chez des femmes bien portantes auparavant. Nous trouvons ces exemples dans les observations de Sims, Michon, Boinet, Courty, A. Richard, Gueneau de Mussy, etc. (observations 6, 7, 8, 12, 29, etc.). Dans ces cas, il s'est produit des inflammations du vagin,

des déchirures, qui probablement ont persisté longtemps après, à cause de l'écoulement lochial qui venait baigner ces parties déjà lésées. Et, du reste, Trousseau, dans ses cliniques, en traitant des causes de la fissure à l'anus, fait intervenir les lochies comme une des causes puissantes à entretenir la fissure anale, et aussi comme cause déterminante. La même chose peut arriver pour la vulve, et d'autant plus que le liquide irritant baigne constamment cette partie. On peut donc expliquer le vaginisme survenant après un ou même plusieurs accouchements, comme dans le cas de Boinet (*Gaz. des hôpitaux*, 1868), soit par le mécanisme de l'inflammation, soit par le mécanisme de la fissure.

M. le professeur Depaul m'a communiqué un cas de vaginisme survenu après l'accouchement, dans lequel il trouva pour toute lésion une petite érosion douloureuse au toucher, avec rougeur au niveau de la glande vulvo-vaginale.

La *dysménorrhée*, nous l'avons vu, se trouve souvent liée au vaginisme. Scanzoni en donne 11 cas sur 34; Raciborski lui attache aussi une grande importance; mais on ne saurait affirmer si c'est une cause, une coïncidence ou un état consécutif. Il en est de même pour les métrites, les antéversions, les périmétrites, les catarrhes utérins, etc., dont parle Scanzoni. Toutes ces maladies ont été trouvées par cet habile observateur dans ses 34 cas, et il semble les ranger parmi les complications du vaginisme, dans la note dont nous avons fait mention (*Journal de médecine de Lyon*, 1868), plutôt que parmi les causes. Mais, dans son Traité des maladies des organes sexuels de la femme, il dit que le spasme vaginal accompagne surtout les antéversions, les rétroversions, les fluxions, les inflammations hroniques de l'utérus, les tumeurs fibroïdes et cancé-

reuses de cet organe, ainsi que les tumeurs des ovaires. En un mot, un grand nombre de phénomènes dysménorrhéiques se lient au spasme vaginal.

Enfin, les affections du rectum, de l'anus et surtout la fissure, seraient peut-être des causes de vaginisme plus faciles à saisir, en raison même du rapport intime qui existe entre les deux sphincters, et même avec le releveur de l'anus et le transverse. Ainsi, une lésion qui intéresserait, ou qui agirait sur les fibres de l'un d'entre eux, agirait maintenant par simple effet synergique sur ces autres muscles.

Ce sont là à peu près toutes les causes connues de vaginisme, tant prédisposantes que déterminantes; mais, il faut le dire, elles n'ont pas toutes la même importance. Ainsi, parmi les causes prédisposantes, il faut tenir compte surtout de la conformation anatomique des organes génitaux dans les deux sexes; de la résistance normale de l'anneau vulvaire, de sa tonicité physiologique, comme le fait remarquer M. Richet; il faut tenir compte de la résistance plus ou moins grande de l'hymen. Enfin, ces petits obstacles, ajoutés souvent à la maladresse, d'autres fois à une constitution faible de l'homme, ou, au contraire, à l'ardeur exagérée des jeunes époux, finissent, à la suite des efforts trop réitérés de copulation, par devenir la vraie cause déterminante d'un vaginisme plus ou moins léger. Si ces tentatives de recopulation sans résultat se prolongent un temps plus long, soit par la simple appréhension de la femme, soit par les ménagements ou les sentiments de délicatesse du mari, en présence des premières souffrances éprouvées par celle-là, l'obstacle peut devenir désormais invincible, les lésions inflammatoires devenir chroniques et la contracture se perpétuer.

Parmi les causes occasionnelles, les plus fréquentes sont sans contredit les inflammations, depuis la simple hyperémie jusqu'à la vaginite la plus intense, virulente ou non. L'hyperesthésie, la névralgie, etc., ne sont souvent que l'effet de ces inflammations. Les fissures, les ulcérations de la vulve, occupent un rang important, ainsi que l'eczéma et l'herpès. Les corps étrangers dans le vagin, l'accouchement et les maladies de l'anus, de l'utérus et de ses annexes, amènent moins souvent le spasme vaginal.

CHAPITRE V.

PATHOGÉNIE.

D'après les causes que nous venons de passer en revue, il est facile de comprendre que la contracture du vagin doit être nécessairement consécutive, au même titre que la contracture du sphincter anal. On sait aujourd'hui que l'opinion de Boyer, qui considérait la fissure comme consécutive à la contracture, est presque abandonnée. Sanson, Blandin, Velpeau, Chassaignac, Gosselin, etc., n'ont jamais cru à la fissure consécutive ; seulement, M. Gosselin croit que la constriction n'existe pas toujours ; ce n'est souvent que la tonicité même du muscle sphincter qui oppose une certaine résistance, même à l'état normal. Cette opinion ne peut pas être mise en doute, surtout quand il s'agit de l'orifice vaginal ; il peut très-bien y avoir fissure ou autre lésion, sans que pour cela il y ait nécessairement constriction spasmodique du vagin ou de son sphincter; cela se voit tous les jours ; mais, comme nous l'avons déjà dit, il est difficile d'admettre le spasme sans la lé-

sion préexistante. M. Richet admet aussi que le constricteur cunni n'offre dans quelques cas qu'un état de tonicité exagérée, mais sans constriction proprement dite, et c'est alors un vaginisme léger, physiologique pour ainsi dire, qui cède facilement à la dilatation simple (*Gaz. Hôp.* 1867, n° 88, Dr V. Revillout); mais dans d'autres cas il est réellement pathologique ; c'est de la contracture résultant de la douleur, c'est une contracture active, réflexe ; et enfin, dans d'autres circonstances, c'est une contracture passive, le muscle luimême est atteint, après s'être contracturé activement, comme cela arrive chez certaines femmes mariées qui ont subi l'acte sexuel sans en souffrir pendant un temps quelquefois assez long, et même chez certaines femmes qui ont accouché une ou plusieurs fois, comme nous avons vu. C'est cette dernière variété qui constitue la forme permanente de la contracture du vagin, et qui est plus fréquente chez les femmes mariées depuis quelque temps déjà, chez celles où la cause du vaginisme a été un accouchement, ou bien un corps étranger dans le vagin, la vaginite chronique, etc. Dans ces cas l'inflammation chronique finit par amener une turgescence des tissus sous-jacents ; il se fait un épaississement du tissu cellulaire qui envahit le muscle lui-même ; il participe à cette tuméfaction ; les tissus s'infiltrent par exsudation plastique, et le sphincter qui quelque temps avant obéissait à ses propriétés contractiles s'affaiblit, s'altère, et finit par rester dans un état de contracture permanente. C'est à peu près ce qui arrive dans certains rétrécissements organiques de l'urèthre, constitués par l'infiltration plastique des tissus sous-muqueux de ce canal.

Le spasme consécutif à la fissure étant admis, soit par analogie avec celui de l'anus, comme nous venons de le voir, soit par les données de la physiologie pure, il

est clair qu'il ne s'agit là que d'un spasme réflexe, dont le point de départ est la fissure. Mais nous savons que ces actions réflexes se produisent à la moindre occasion, et celles dont le point de départ est une muqueuse sont connues depuis Boyer qui en fit une loi générale. C'est lui, en effet, qui a établi que, toutes les fois qu'un plan musculaire est recouvert par une muqueuse, si celle-ci vient à s'enflammer, les fibres musculaires peuvent devenir le siége d'une contracture spasmodique. Les fibres musculaires formant des sphincters, ne font pas exception à cette règle; et dès lors nous pouvons admettre que la moindre lésion, l'exagération de la sensibilité, l'hyperesthésie, etc., d'une muqueuse recouvrant un muscle orbiculaire quelconque, va produire le spasme de ce muscle, la contracture, et par suite l'orifice se trouve rétréci.

On a expliqué la contracture des sphincters en disant que la fissure étant tiraillée, déchirée par la tension de la muqueuse; la douleur devient extrême; le muscle sous-jacent se contractant alors comme instinctivement, la muqueuse se relâche forcément, le tiraillement disparaît, et la douleur cesse. Le même raisonnement s'applique aux cas où la lésion n'est plus une fissure, mais une inflammation pure de la muqueuse; car ici la douleur peut aussi être atténuée par le simple fait d'une diminution dans son état de turgescence et de tension. Il faut cependant admettre que, dans cette dernière circonstance, la contracture du muscle est l'effet d'une action réflexe provoquée par la douleur, et la preuve c'est que plusieurs muscles se contractent en même temps; le releveur de l'anus, le transverse du périnée, le sphincter anal, etc., tandis que, quand il y a fissure siégeant surtout sur le constricteur, ce sphincter est contracturé d'une façon continue pour éviter la douleur, suivant le mécanisme que nous avons indiqué.

Cependant c'est encore l'effet d'une action réflexe très-vraisemblablement; mais, dans tous les cas, vient-on à provoquer de la douleur sur cette fissure, nous aurons alors le même résultat que dans le cas précédent, c'est-à-dire, que d'autres plans musculaires vont se contracter en même temps, peut-être tous ceux qui sont innervés par le même nerf moteur. On voit même dans certains cas que tous les muscles du bassin se convulsionnent, ceux de la cuisse, ceux du tronc même, et au paroxysme douleur s'ajoute un paroxysme convulsif général, une espèce d'état tétanique total qui fait que la femme se voit involontairement forcée de prendre les positions les plus bizarres; elle s'asseoit dans son lit, elle se redresse même complétement, ou descend convulsivement et pleine d'effroi. La douleur vient à cesser un instant, et tout rentre dans l'ordre. Il n'y a pas de doute qu'en présence de ces faits, il faut bien admettre que c'est une lésion de sensibilité périphérique qui, amenant un trouble dans le pouvoir excito-moteur de la moelle, va agir sur un groupe de muscles plus ou moins déterminé. Du reste tout cela s'accorde avec ce que nous savons aujourd'hui sur les actions réflexes. Seulement, dans le cas particulier, on ne tient compte que du sphincter vaginal, parce que c'est lui surtout qui persiste dans l'état de contracture, de tension douloureuse; car il faut bien admettre que le muscle lui-même, quand il est dans cet état, présente un sensibilité plus grande, il renforce la douleur qui l'avait précédé dans cet état spasmodique. Les sphincters peuvent donc persister dans ce trouble de la contractilité après que la sensibilité exagérée qui lui a donné naissance a cessé d'exister, et cela se comprend bien pour ces sortes de muscles qui jouissent déjà d'une certaine tonicité propre, fonctionnelle. Il suffira donc dans quelques cas, pour rendre plus grande cette résistance tonique, de la moindre

lésion, de la moindre douleur, imperceptible, inappréciable, mais toujours assez forte pour réagir sur le centre médullaire, et de là sur les constricteurs. Voilà pourquoi souvent les auteurs, ne trouvant pas une lésion bien évidente, ont admis des états pathologiques essentiels, qu'on ne peut plus admettre aujourd'hui en face de ce pouvoir excito-moteur. Qui ne sait, en effet, que le moindre petit corps étranger touchant la cornée produit le spasme de l'orbiculaire, que le pincement de la conjonctive produit le même effet? Qu'un corps irritant sur la muqueuse nasale provoque l'éternument, le larmoiement, etc., que le spasme laryngien se montre par une goutelette de liquide sur la muqueuse glottique; que le spasme de l'urèthre se voit à chaque instant par le simple contact d'une soude; qu'enfin, la titillation du col utérin provoque les contractions de cet organe, etc.? Pourquoi donc le sphincter du vagin, le vagin tout entier même, ferait-il exception à cette loi?

Voici, du reste, ce que M. le D[r] Ch. Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi, vient d'écrire dans sa traduction des Leçons de West sur les maladies des femmes, qui va paraître prochainement.

M. Mauriac y consacre une note aux affections *névralgiques* et *spasmodiques* de l'urèthre, du vagin et de la vulve. Nous nous faisons donc un plaisir et un devoir de citer textuellement les considérations générales de physiologie pathologique qu'il a bien voulu nous communiquer; elles s'appliquent heureusement, comme on le verra, au sujet que nous traitons :

« Il n'est pas rare d'observer chez les femmes des douleurs uréthrales excessives, qui se propagent dans toute la longueur du col, envahissent le vagin et s'irradient même, sous forme d'élancements névralgiques, jusqu'à l'hypogastre et à la région lombaire. Quelquefois, une excroissance du méat est le centre des irradia-

tions douloureuses; mais, d'autres fois, la névralgie uréthrale ou uréthro-vaginale paraît être essentielle; c'est-à-dire qu'elle ne paraît se rattacher à aucune lésion matérielle appréciable.

« Ces douleurs sont intolérables et parfois rebelles. M. Géry père a raconté devant la *Société de médecine du département de la Seine* (1863) l'histoire d'une jeune femme atteinte d'une pareille affection, contre laquelle vinrent échouer tous les modes de traitement les plus variés. Cette dame s'était livrée pendant deux ans à l'onanisme avec excès; mais elle y avait renoncé depuis quelque temps. La douleur siégeait au méat et remontait dans le canal sous forme d'une sensation de brûlure. A propos de ce fait, M. Adolphe Richard fit remarquer que, chaque fois qu'on ne trouvait pas la raison d'être d'une douleur occupant un canal ou une cavité munie de fibres musculaires, il fallait songer au mode suivant lequel s'accomplissait la contraction du muscle. D'après ce chirurgien, la plupart des douleurs qui se produisent au niveau des orifices sont le résultat d'un état tétanique des sphincters. Il n'existe pas alors de meilleur traitement que la dilatation forcée. C'est ainsi qu'on peut expliquer les succès obtenus par le passage de gros instruments de lithotritie chez les personnes qui sont atteintes de névralgies du col de la vessie. Chez un médecin atteint d'affreuses douleurs vésicales, et réduit par elles à un état presque désespéré, M. Richard n'hésita pas à pratiquer la lithotomie, et la section du sphincter vésical ainsi obtenue, fit cesser les douleurs, les coliques, les spasmes, comme par enchantement. C'est par la dilatation que M. Richard traite les pertes séminales.

« Je ne veux pas passer en revue toutes les conséquences pratiques qui découlent de cette manière de voir; mais il me semble nécessaire de faire la critique

d'une théorie beaucoup trop absolue. Les contractions douloureuses, les spasmes, les contractions des anneaux musculaires préposés à l'occlusion de certains orifices sont, dans l'immense majorité des cas, des phénomènes secondaires et consécutifs. Elles appartiennent à la grande catégorie des faits pathologiques qui se produisent lorsqu'un trouble est survenu dans l'action du pouvoir excito-moteur de la moelle épinière. Leur cause première paraît être une lésion de la sensibilité. L'impression anormale transmise par les nerfs sensitifs aux cellules grises de la moelle épinière jette la perturbation dans le conflit qui s'accomplit d'habitude normalement entre les cellules de la sensibilité et les cellules du mouvement. Il en résulte qu'à un mode d'impression, de perception et d'élaboration morbides dans le département des centres nerveux affectés à la sensation, correspond un mode de production et de transmission du mouvement également anormal, qui a pour conséquence l'asthénie ou l'hypersthénie morbide de la contraction musculaire, dans une étendue plus ou moins considérable. La douleur précède donc la contraction au début; elle en est la condition première, essentielle.

«Il arrive quelquefois que l'effet survit à la cause, c'est-à-dire, que le trouble de la contractilité musculaire persiste après que l'altération de la sensibilité qui lui a donné naissance a cessé d'exister. En pareil cas, il est bien évident que l'incision et la dilatation du sphincter contracturé ou tout autre moyen propre à combattre l'état maladif du muscle constituent la principale modification. Mais, tant que la douleur initiale n'a pas cessé, tant qu'il est permis de supposer qu'elle tient sous sa dépandance directe le trouble musculaire, il faut tenter de la faire disparaître, avant d'en venir à l'incision ou à la dilatation.

« L'élément douleur qui est la cause excitante de la contraction, siége habituellement dans la peau ou la muqueuse qui recouvre le muscle. Il n'est pas douteux cependant que la sensibilité du muscle lui-même entre en jeu et vient renfoncer l'hyperesthésie initiale de la muqueuse ou de la peau. Ce qui prouve bien qu'il en est ainsi, c'est que la douleur disparaît avec une rapidité merveilleuse du moment que, par un moyen physique brutal et violent, comme la dilatation forcée, on a dompté la contraction. Si cette douleur ne dépendait que de l'hyperesthésie cutanée ou muqueuse, croit-on qu'elle ne survivrait pas à la cessation de la contraction?

« Dans les affections douloureuses des orifices sphinctoriaux et des canaux musculaires, il y a donc trois éléments à étudier : 1° la douleur et les autres troubles de la sensibilité qui siégent sur la peau et les muqueuses; 2° la contraction réflexe des muscles sous-jacents ; 3° les troubles de la sensibilité musculaire qui se traduisent par une douleur de crampe, de ténesme, commençant avec la contracture et finissant avec elle.

« L'hyperesthésie de la muqueuse des conduits et des orifices est toujours causée par une lésion matérielle. Cette lésion, nous pouvons ne pas la voir, mais il faut l'admettre rationnellement. D'ailleurs, dans un grand nombre de cas, on constate, sur les parties hyperesthésiées, des troubles de la circulation, consistant en une vascularisation morbide générale ou circonscrite. Quand cette vascularisation se circonscrit, elle produit un développement anormal de l'élément vasculaire des papilles. Telle est l'origine des excroissances dont on vient de lire, dans la leçon de M. West, une description détaillée. Mais, dans les papilles du derme muqueux, il existe un autre élément anatomique plus important que l'élément vasculaire, au point de vue qui nous occupe. C'est l'élément nerveux distribué avec tant de profusion

sur les muqueuses des orifices et des organes spéciaux. Eh bien, c'est l'hypertrophie ou toute autre condition matérielle anormale des nerfs affectés aux papilles qui cause ces troubles de la sensibilité, dont le prurit de la vulve, le vaginisme, les douleurs vaginales nous fournissent des exemples si remarquables. Pour être presque imperceptible, la lésion n'en existe pas moins.

« Cette surabondance de vie sanguine et nerveuse dans les papilles retentit sur la nutrition de l'épithélium : ses couches superficielles tombent en desquamation et les parties profondes se prolifèrent avec une rapidité insolite. D'autant plus vive alors devient l'hyperesthésie quand les surfaces qu'elle occupe se trouvent ainsi dépouillées d'une partie de leur enduit protecteur. Leur coloration rouge, leur aspect terne et granuleux, leur consistance comme veloutée, leur humidité, etc., trouvent une explication plausible dans la congestion des papilles, la desquamation et la prolifération de l'épithélium. C'est une erreur de croire que les muqueuses vivement hyperesthésiées présentent les conditions physiques de leur structure normale. Alors même qu'elles ne seraient pas primitivement dans une sorte d'éréthisme nervoso-congestif, elles y arriveraient par le fait seul du trouble qu'entraîne dans la circulation locale un désordre permanent ou paroxystique de la sensibilité.

« Parmi les polypes uréthraux, il en est de tellement sensibles que le moindre contact y provoque des douleurs intolérables. Ce sont de vrais *polypes nerveux*. M. Alphonse Guérin en a vu un dont l'hyperesthésie résistait même à l'action du chloroforme. C'était une jeune fille qui était à la veille de se marier ; on résolut de lui enlever son polype uréthral. Quelques inspirations de chloroforme éteignirent rapidement la sensibilité de la surface cutanée de tout le corps, mais la malade poussa un cri dès qu'on toucha le polype. On prolongea

inutilement l'action du chloroforme ; le polype conserva toujours sa sensibilité, et on fut forcé de l'exciser et d'en pratiquer la cautérisation au milieu des mouvements les plus violents de la malade. (Guérin, Maladies des organes génitaux externes de la femme, p. 386).

«Les considérations physico-pathologiques qui précèdent s'appliquent à beaucoup d'états morbides, mais elles me paraissent utiles surtout pour comprendre le cas d'affection singulière que M. Marion Sims a décrit sous le nom de *vaginisme.* »

Il me paraît inutile d'ajouter que, d'après ce que nous venons de voir dans ces intéressantes notes de M. Mauriac, on est en droit de regarder la contracture spasmodique du vagin comme étant toujours symptomatique. Il est clair que, si l'hyperesthésie elle-même reconnaît souvent des causes matérielles telles que la vascularisation plus grande des papilles, la desquamation et la prolifération épithéliales, l'hypertrophie des extrémités nerveuses, etc., le spasme vaginal qui l'accompagne est par le fait doublement symptomatique et toujours sous la dépendance de l'action réflexe.

Et du reste, nous avons déjà dit, en traitant de l'hyperesthésie, que la douleur est considérablement augmentée par le simple afflux d'une petite quantité de sang dans la partie qui en est le siége; une simple élévation de la température vers la région affectée suffit même pour provoquer la douleur. Ainsi Scanzoni rappelle que certaines malades souffrent beaucoup plus par la chaleur du lit, lorsqu'elles se couvrent la partie inférieure du corps de gros édredrons.

Ces faits ont donc une grande importance pour expliquer le spasme vaginal et sont de nature à nous éclairer sur ces cas où la femme souffre surtout pendant les rapports sexuels, car alors l'incitation vénérienne développant de la chaleur par l'afflux sanguin,

la douleur s'exaspère, l'hyperesthésie est excessive et le spasme survient (obs. 28), tandis que quelquefois sur la même malade on peut arriver à faire une exploration plus ou moins complète soit par le toucher, soit par un spéculum. Il est bien entendu que dans ces cas il n'y a d'autre lésion que l'hyperesthésie provoquée par le mécanisme que nous venons d'indiquer.

On ne peut plus douter des contractures musculaires survenant à la suite de la simple hyperémie. Tous les physiologistes savent, en effet, et M. Brown-Séquard fait voir tous les jours, qu'un lapin suspendu par les pattes devient aussitôt plus sensible vers les parties déclives, à la tête, par exemple, et cela par le simple fait de l'afflux sanguin. De même, quand on coupe la moelle, la partie inférieure du corps se charge de sang à cause de la paralysie des vaso-moteurs, et la sensibilité est plus grande. De même pour les muscles : ces organes hyperemiés deviennent, comme la peau, plus sensibles, plus excitables, et les contractures spasmodiques sont dès lors plus faciles à provoquer.

En résumé donc, nous voyons que toute condition capable d'augmenter l'afflux sanguin vers une partie sera une cause suffisante pour élever sa température, pour la rendre plus sensible, plus excitable, et, partant, plus apte à produire un spasme musculaire par action réflexe. La contracture vaginale étant ainsi comprise, on ne pourra plus conclure à l'existence d'un vaginisme essentiel par le seul fait de l'absence d'une lésion bien déterminée. Douleur et spasme réflexe, voilà donc les deux termes essentiels de tout vaginisme au début, vaginisme passager; altération consécutive de la fibre musculaire, voilà le vaginisme permanent.

CHAPITRE VI.

SYMPTOMATOLOGIE.

Le *début* de la contracture vaginale et tous ses *symptômes* sont le plus souvent faciles à apprécier, et se présentent avec des caractères presque toujours identiques quand la maladie est bien confirmée, et qu'on procède à un examen direct des organes ; quelquefois cependant on éprouve certaines difficultés pour découvrir de prime abord l'existence de ces symptômes, surtout le spasme vaginal, car la nature même de la maladie et les circonstances qui en sont l'origine, font que, dans bien des cas la malade, par un sentiment de pudeur ou autre, déguise ou altère son mal et ses souffrances par des renseignements incomplets, peu précis ou tout à fait inexacts, et dès lors le médecin, interprétant plus ou moins bien les données anamnestiques de son interrogatoire, les deux éléments essentiels du vaginisme, *douleur* et *contracture*, pourront lui échapper, et partant lui laisser ignorer le début, le siége et la nature de la maladie.

Dans la majorité des cas il arrive, au contraire, que les renseignements sont plus précis, le début de la maladie est exposé avec quelque exactitude, et alors le médecin peut facilement compléter le cadre symptomatique et le rattacher au vaginisme. Ainsi, tantôt la malade racontera que depuis quelque temps elle souffre dans les organes génitaux, que le coït est douloureux sans dire qu'il est impossible ; tantôt elle avouera franchement que l'acte conjugal n'a jamais pu avoir lieu chez elle, et que les souffrances ont augmenté chaque jour ; tantôt, enfin, la malade désirait avoir des enfants, et s'étant aperçue que l'acte copulatif n'a jamais été

très-complet, et souvent très-douloureux, elle finit par consulter un médecin, dans le but de savoir si elle est «*mal faite, ou faite autrement que les autres*,» etc., peu importe la terminologie qu'elle aura adoptée; le premier élément du vaginisme se présentera facilement à l'esprit de l'observateur dans tous ces cas.

Enfin, dans une dernière circonstance, et plus heureux cette fois, le médecin est consulté par les deux époux, mariés depuis peu le plus souvent, qui s'empressent de tracer assez franchement et exactement les principaux détails de l'histoire de la maladie dont paraît être atteinte la femme, ou plutôt, le récit de toutes les souffrances que celle-ci a su courageusement endurer, et les efforts constants, persévérants de tous deux pour arriver à l'accomplissement du devoir conjugal san avoir jamais pu y arriver.

Ici commence l'histoire symptomatique vraie de la contracture douloureuse du vagin. Si donc, après ces quelques renseignements plus ou moins vagues produits par la malade, et quelquefois par le mari seul, nous continuons l'interrogatoire encore quelque instants, nous aurons sans effort d'autres données anamnestiques précieuses sur le début de l'affection : on arrive ainsi aux symptômes subjectifs ou fonctionnels qui s'y rattachent, aux signes physiques, et enfin à des symptômes généraux parfois assez sérieux. Mais, pour simplifier un peu le cadre des symptômes, nous suivrons leur marche naturelle dans l'évolution de la maladie, reléguant en dernier lieu l'inspection directe des organes génitaux.

Nous venons de voir déjà que, tant que la femme vit en continence, aucun symptôme ne vient lui révéler l'étrange et douloureuse affection dont elle est atteinte: les premiers symptômes ne se déclarent le plus souvent

qu'au moment des rapports conjugaux. En effet, la jeune mariée, ayant une appréhension légitime des premiers rapports sexuels, ce qui n'était tout d'abord qu'inquiétude et alarme, se transforme bientôt en douleurs et angoisses très-vives. La malade raconte que toute tentative de coït se traduit en elle par une *douleur,* qui devient de plus en plus intense, et finit par devenir une vraie *souffrance continuelle*, *permanente;* que cette douleur excessive, qui n'était au début qu'un sentiment de cuisson, d'hyperesthésie plus ou moins passagère, s'exaspère au moindre contact, par un froissement quelconque; la marche, la fatigue, la danse, tout exercice physique devient impossible; la défécation, l'urination, l'écoulement des règles, la toux, l'éternuement, tout cela peut provoquer les douleurs; le coït devient déjà insupportable; et chez certaines femmes, à un certain degré de la maladie, la seule pensée de l'accomplissement de ce devoir exaspère la douleur.

D'autres fois, pourtant, cette hyperesthésie est moins accusée, très-peu même pour quelques auteurs, et elle ne serait, dans tous les cas, qu'une douleur provoquée, soit par un coït prolongé, soit par une pression énergique, ou un frottement considérable à l'entrée du vagin. La malade va et vient sans souffrir: elle marche, elle danse, elle monte à cheval sans que la douleur l'arrête. C'est pour ces cas qu'on admet un vaginisme idiopathique, si toutefois à l'examen direct on n'aperçoit aucune lésion appréciable. Et Raciborski dit (1) : « Il nous est arrivé de rencontrer plus souvent des exemples de vaginisme plus léger, où tout se bornait à un sentiment d'appréhension qui rendait tout contact avec les organes sexels désagréable, sans provoquer toutefois de douleur proprement dite. Dans des cas de ce genre, le

(1) Gaz. des Hôp., n° 145, 1868.

coït est praticable, mais les femmes ne l'acceptent en quelque sorte qu'à leur corps défendant ; elles le subissent par raison ou par le sentiment du devoir. Nous avons été consulté par une dame qui, toutes les fois qu'il lui a fallu se résigner à cet acte, en éprouvait tant de dégoût qu'elle tombait, pendant toute la durée du coït, dans une espèce d'évanouissement qui la rendait, en apparence, insensible à tout, etc. »

Il faut cependant admettre, malgré cette assertion de Raciborski, que l'hyperesthésie, la douleur, quand il y a véritable vaginisme, est très-accusée comme, du reste, nous pouvons le vérifier au chapitre des observations. Il arrive, il est vrai, que souvent la douleur n'existe pas à un degré excessif, et que la contracture persiste ; mais alors, comme le fait remarquer Scanzoni, cela tient à ce que le repos des organes génitaux et souvent quelques soins ont suffi pour faire disparaître la lésion : inflammation , sub-inflammation , érosion, vaginite ou autre, et le spasme persiste encore quelques temps, comme cela s'observe dans le cas de fissure à l'anus.

Enfin ces douleurs spontanées, hors de l'acte sexuel, se traduisent quelquefois par une sensation de sécheresse, de tension aux parties sexuelles, telle que la femme est obligée de recourir, pour se soulager, à des applications répétées d'eau froide, à des bains ou à des onctions huileuses (Borelli). Quelquefois même, les malades, soit spontanément, soit après un mouvement ou une émotion causée, quand on leur parle de leur maladie, ressentent, outre la douleur, une constriction de l'anneau vulvaire ou du vagin. Dans ces cas, il y a une susceptibilité nerveuse très-grande, des désirs lubriques très-prononcés, comme l'a observé une fois mon excellent ami, le D[r] Navarro (Obs. 27.)

Si nous consultons maintenant l'acte de la copulation en lui-même, les détails n'en seront pas moins intéres-

sants. Nous avons déjà dit que les conjoints sont souvent des jeunes mariés; ils viennent consulter un médecin, et après lui avoir exposé les vives souffrances dont est l'objet la jeune femme à chaque tentative, ils ajoutent que l'acte n'a jamais pu être consommé normalement; qu'à la douleur s'ajoute une résistance invincible, un obstacle insurmontable à l'intromission de l'organe; à chaque nouvel essai, succède un nouvel échec. Mais, la mme redoublant d'amour, bientôt transformé en courage, accepte une nouvelle tentative, qui échoue encore devant toute l'énergie d'un suprême effort. Quelques semaines, quelques mois plus tard, de nouveaux essais sont p tiqués pour arriver au but si ardemment désiré; mais toujours mêmes obstacles, mêmes douleurs, et l'émission spermatique s'opère encore en dehors du vagin. Perdant alors patience, ils s'arrêtent tous deux devant cette triste perspective. La femme commence déjà à redouter le coït; elle le fuit plutôt qu'elle ne le désire, et à l'approche de son mari, la douleur a déjà acquis une telle acuité, que sa physionomie prélude d'avance aux angoisses qu'elle ne pourra peut-être tolérer. En effet, l'expression de la face s'altère; la respiration devient laborieuse, saccadée, se suspend par moments; le cœur bat avec violence, le pouls s'accélère, l'anxiété devient extrême, l'effroi se traduit sur tous ses traits; les membres s'agitent convulsivement, brusquement; les muscles du périnée tous ensemble, les *custodes virginitatis* se contractent comme pour défendre l'entrée du vagin, et le *constrictor cunni* plus énergiquement que jamais. Le spasme se généralise, pour ainsi dire, la femme prend convulsivement des positions diverses comme pour s'arracher plus sûrement à la douleur; les cris, extrêmement aigus, plaintifs, se succèdent sans repos; la circulation se trouble davantage, la respiration manque, un hoquet opiniâtre et pénible se dé-

veloppe parfois, un tremblement général, suivi d'un froid glacial, s'empare de la malade ; la perte de connaissance, la syncope enfin, qui détournent une dernière tentative inutilement hasardée.

Tel serait le tableau rapide de l'étrange affection qui nous occupe, dans la généralité des cas. Mais ce n'est pas tout. Il arrive à la suite de ces paroxysmes de douleurs et de spasmes souvent répétés, que le système nerveux tout entier est ébranlé : les fonctions digestives se troublent, la nutrition générale dépérit, la santé, en un mot, se détériore, et la malade tombe promptement dans un état d'anémie, de faiblesse considérable, accompagné toujours d'un certain degré de tristesse et parfois d'une mélancolie remarquable.

On comprend sans peine que, dès ce moment, le vaginisme est arrivé à un tel degré que ce n'est plus la douleur ni l'impossibilité de l'acte conjugal qui préoccupe le plus les deux conjoints, mais bien plutôt le désappointement, le découragement : l'espérance d'un produit de conception est pour eux à tout jamais perdue ; l'inquiétude fait des progrès. Les rapports conjugaux, autrefois désirés avec ardeur, deviennent un objet invincible de répugnance et de mépris; l'idée de stérilité les tourmente; les facultés affectives ne sont plus qu'un souvenir ; la misanthropie et l'indifférence règnent dans le foyer conjugal, et bientôt tout le bonheur rêvé se change en amertume, en larmes, et on assiste parfois à la veille d'une séparation douloureuse et souvent prématurée.

Jusqu'ici, nous avons considéré le vaginisme survenant, débutant aux premières approches sexuelles, et c'est là, avons-nous dit, le cas le plus fréquent ; mais ajoutons que d'autres fois, à la vérité, très-rares, dit Scanzoni, la sensibilité qui existait au début a pu s'émousser et

permettre au bout de quelque temps la copulation, dans une juste mesure et toujours accompagnée d'une sensation douloureuse. — Il arrive aussi que le coït est possible tout d'abord; le vaginisme se déclare plus tard (obs. 4ᵉ de M. Sims). Enfin, et cela paraît paradoxal, la contracture spasmodique du constricteur ne s'est montrée plusieurs fois qu'après un accouchement. Ces faits prouvent, une fois de plus, que le vaginisme n'est en définitive qu'un symptôme, mais qui devient tellement important qu'à la longue il entraîne à sa suite tout un processus pathologique et un cortége de symptômes physiques, fonctionnels et généraux, assez alarmants pour que le clinicien cherche à les arrêter.

Nous mentionnerons à peine ces cas où le vaginisme a paru revêtir la forme intermittente. L'observation de Courty (obs. 8) et un fait qui m'a été communiqué par le Dʳ Occhini, à Florence, tendraient à faire admettre cette variété de vaginisme; mais il faut penser de ces cas ce que nous disions tout à l'heure : ils sont la confirmation du vaginisme symptomatique. La lésion déterminante vient à cesser, la contracture, faible du reste, cesse aussi momentanément; la lésion reparaît, la contracture revient. C'est donc la lésion qui domine le spasme : c'est elle qui est à forme intermittente, si cela peut s'exprimer ainsi. C'est même, dans ce cas, le mot récidive qui conviendrait, et que nous avons employé ailleurs.

Un dernier symptôme fonctionnel, et plutôt consécutif à tous ceux que nous venons de décrire, c'est la *stérilité*, conséquence presque forcée de la contracture du vagin. Et voici comment s'exprime Scanzoni à ce propos : « Dans le vaginisme, l'impossibilité d'introduire le pénis dans le vagin est la seule cause de stérilité. Mais, d'une part, il existe un certain nombre

d'observations dans lesquelles la fécondation a pu s'opérer sans l'introduction du membre viril; d'autre part, il se pourrait que l'obstacle opposé par les contractions spasmodiques du constricteur vaginal fût vaincu, en dépit de la douleur, et que le coït s'accomplît. Et, à ce propos, rappelons plusieurs cas tirés de notre pratique, dans lesquels la conception put s'opérer ainsi. La grossesse et l'accouchement se terminèrent de la façon la plus heureuse, et cependant l'hyperesthésie vulvaire persista, bien qu'à un moindre degré. On ne peut affirmer que le vaginisme exclut la possibilité d'une grossesse, mais il est certain qu'il la rend bien difficile; nos observations le prouvent d'une manière irréfutable : ainsi, de nos 34 malades, 2 seulement avaient été enceintes au moment où elles se soumirent à notre traitement; parmi les 32 autres, 1 était mariée depuis onze ans, 2 depuis huit ans, 3 depuis six ans, 5 depuis cinq ans, 10 depuis quatre ans, 9 depuis deux ans, 2 depuis un an; aucune n'avait eu de grossesse.

« Veut-on connaître notre opinion sur la cause de la stérilité dans le vaginisme? A notre avis, elle réside dans le rétrécissement de l'orifice vaginal, produit par les contractions spasmodiques du sphincter. Ces contractions, comme nous l'a prouvé Simpson (*Edinb. med. and surg. Journ*, 1861, Debr., p. 593), ne se passent point seulement dans le sphincter du vagin, elles gagnent d'autres parties du pudendum, notamment les fibres du releveur de l'anus qui l'avoisinent et les points du vagin où ce canal, traversant les aponévroses pelvienne et recto-vaginale, en reçoit des prolongements. Ces parties éprouvent, pendant le coït, une contraction spasmodique qui bien souvent persiste après la consommation de l'acte, et non-seulement elle apporte une grande difficulté à l'entrée du sperme dans le vagin,

mais on peut supposer qu'elle repousse violemment la moindre quantité de semence qui a pu y pénétrer.

« Si donc l'expérience a montré que ces cas de fécondation sans introduction complète du pénis ne sont pas rares, et se produisent, pour peu que l'hyperesthésie vulvaire et le spasme des muscles cessent un instant, on conviendra de la vérité de notre proposition, lorsque nous affirmions que les contractions musculaires étaient le plus grand obstacle à la conception. En tout cas, cet obstacle est bien plus important que l'absence d'appétits vénériens, ou de la sensation voluptueuse qui accompagne ordinairement le coït. Les appétits vénériens ne font point défaut chez la femme qui est atteinte de vaginisme; quant à la sensation voluptueuse, elle n'atteint jamais son paroxysme, à cause de la douleur qui se développe pendant les rapprochements, et tout désir s'éteint dès que l'hyperesthésie commence à se faire sentir.

« Mais, nous l'avons dit, cette circonstance n'est point à notre avis un obstacle capital à la production de la grossesse, car il n'est point rare, et tous les gynécologistes en conviendront avec nous, d'observer des femmes qui ont des grossesses très-rapprochées, sans éprouver jamais pendant le coït de sensations voluptueuses. »

Nous voyons donc, d'après ce savant observateur, que la cause de la *stérilité* dans le vaginisme réside purement dans l'obstacle mécanique à l'introduction du pénis et par suite du sperme dans la cavité vaginale ; que cet obstacle est dû au spasme du sphincter et d'autres muscles du périnée, qui, obéissant peut-être à la même cause, ou simplement par synergie, contribueraient tous, non-seulement à arrêter le cours régulier du sperme, mais encore à le projeter au dehors.

La démonstration de M. Scanzoni ne peut pas être contestée, il me semble; et il suffit de rappeler ici les

faits de coït pratiqués sous l'influence de l'anesthésie et suivis de grossesse, pour résoudre de la façon la plus logique, en même temps que matérielle, la question de stérilité dans le cas de vaginisme.

Sans doute, c'est un fait aujourd'hui bien prouvé et bien acquis à la science, qu'une grossesse peut avoir lieu et arriver à son terme et l'accouchement s'effectuer, avec conservation de la virginité; mais M. Sims est assez porté à croire que ces cas d'accouchements à terme avec persistance de l'hymen ne sont autres souvent que des cas de vaginisme. Mais, le plus souvent, cela n'a pas lieu, et rien de plus fréquent, c'est même la règle, que la stérilité, quand il y a vaginisme; et l'explication de Scanzoni est concluante, tant par les raisons anatomo-physiologiques qu'il invoque que par les cas de grossesse survenue après le *coït éthéré* (*ethereal copulation*) que M. Sims a fait connaître. Voici ce qu'il dit :

« Le Dr J. G. Thomas (de New-York) m'a communiqué un cas dans lequel le médecin éthérisa sa malade et la livra ensuite à son mari, qui cohabita avec elle on ne peut plus facilement; mais il ne put répéter l'acte, quand elle ne fut plus sous l'influence de l'éthérisation. Heureusement, le moment avait été bien choisi, car cet acte unique de copulation fut suivi d'une grossesse. J'ai connu d'autres cas où la conception eut lieu sans l'introduction du membre viril. Le fluide séminal avait été répandu à l'orifice du vagin, et une petite quantité, sans doute injectée dans l'ouverture de l'hymen, avait gagné la cavité de l'utérus. »

Daus une autre circonstance (obs. 6e de M. Sims), nous voyons qu'un mari eut la douleur de ne pouvoir posséder sa femme que sous l'influence du sommeil anesthésique. Au bout d'une année, il y eut une grossesse qui marcha à bonne fin; mais, après la nais-

sance de l'enfant, il n'y eut plus que quelques copulations possibles, et le mari fut de nouveau forcé de recourir à l'agent anesthésique. Une deuxième grossesse s'ensuivit avec avortement le troisième mois, etc. En fin de compte, la dame ne guérit point, malgré l'éthérisation et les expulsions dilatatrices. Le périnée avait été déchiré jusqu'aux fibres du sphincter anal : il s'était formé au niveau de la fourchette une cicatrice inodulaire, sous forme d'anneau occupant le siége primitif de l'hymen. Ce tissu, ainsi épaissi, occupant la cicatrice, était très-douloureux au moindre contact : le coït devint impossible, etc.

Ces deux faits nous prouvent jusqu'à l'évidence que le vaginisme apporte obstacle mécanique à la fécondation : l'obstacle, le spasme du constricteur, disparaissant par l'éthérisation, la copulation a lieu complétement et la grossesse s'ensuit. Le dernier fait prouve que la grossesse ne suffit pas pour amener la guérison du vaginisme.

Il nous reste à énumérer les quelques *symptômes concomitants* qui font souvent cortége au vaginisme symptomatique, et toujours quand il est d'ordre purement réflexe ; car alors des lésions diverses existant dans l'utérus, la vessie, l'anus ou le rectum, peut-être même dans les ovaires et autres annexes (Scanzoni, Amann), on aura évidemment des symptômes propres aux états pathologiques de ces organes. Si le vaginisme tient aux déplacements de l'utérus, à des ulcérations du col, des métrites, etc., la marche deviendra difficile, la malade éprouvera des courbatures, des douleurs de reins, des nausées, des vomissements. S'il y a vaginite, et cela est fréquent (Churchill), on trouvera, à part les caractères propres à cette inflammation, une irritabilité excessive de la vessie, caractérisée non-seulement par

des besoins fréquents d'uriner, mais par une sorte de ténesme vésical. Cet accident est quelquefois poussé au point de troubler le repos des malades. « J'ai acquis la certitude, continue Churchill, que ce symptôme n'est que le résultat, par action réflexe, de la vaginite ; et la preuve, c'est qu'il disparaît dès que la vaginite est guérie. »

Enfin, on peut observer des troubles de la menstruation, et, par suite des douleurs dans la tête, dans la région mammaire et épigastrique, dans le côlon ascendant ; des palpitations, des névralgies lombo-sacrées ; la constipation, le ténesme anal, la leucorrhée, sont aussi des phénomènes compliquant les dysménorrhées.

L'*examen direct* des organes génitaux va fournir au médecin les meilleurs renseignements pour conclure à un vaginisme. Pour cela on fait placer la femme dans l'attitude qu'on lui donne pour l'examen au spéculum, c'est-à-dire, couchée sur le dos, et les jambes fléchies ou relevées. La malade donne aussitôt des signes d'alarme et d'une agitation insurmontable. Une sorte de terreur et d'anxiété incompréhensible se répand sur tous ses traits. Le souvenir de ses souffrances déjà éprouvées autrefois, ou par les tentatives de coït, la rend craintive outre mesure devant toute exploration. Elle est, dit Sims, dans l'état d'une personne nerveuse chez qui on a une première fois introduit la pointe d'un instrument sur le nerf dénudé d'une dent gâtée, et que la seule idée de voir recommencer l'opération jette dans une extrême rigidité nerveuse.

La malade ne peut donc dissimuler sa douleur, malgré la volonté la plus forte, et l'énergie ou le courage dont elle veut faire preuve : le contact le plus léger, celui du doigt, d'une sonde, d'une plume, d'un stylet, d'un pinceau, exaspère cette douleur, et peut même ame-

ner une syncope. Nous avons déjà dit (obs. 13, de Murray, etc.) que les froissements produits par les vêtements déterminent une douleur excessive. Ces douleurs s'irradient vers différentes régions, aux membres, etc.

Cette sensibilité, ou hyperesthésie, s'étend à toutes les parties de la vulve; mais elle est plus particulièrement vive au méat urinaire et à ses environs, et alors l'écoulement des urines l'exaspère; les malades redoutent l'urination. La sensibilité augmente vers le point où l'hymen prend son origine, s'accroît encore davantage près de l'orifice de la glande vulvo-vaginale; mais souvent c'est à la fourchette, là où l'hymen s'épanouit, qu'on rencontre le point le plus douloureux. Quand, au contraire, elle est superficielle et limitée aux papilles nerveuses de la face interne des grandes lèvres, des nymphes ou du vestibule, elle peut n'occasionner que du prurit, mais qui devient parfois douloureux à l'extrême, s'il existe en cet endroit des érosions, des fissures, des éruptions, en un mot, toutes ces lésions que nous avons vues au chapitre *Étiologie*. Si la lésion est profonde, alors la douleur se révèle quand le doigt est porté sur la région, qui est le siége de la solution de continuité, etc. (Debout).

Mais ce n'est pas seulement les régions que nous venons d'indiquer qui sont douloureuses, c'est surtout la face vulvaire ou extérieure de la membrane hymen, qui est extrêmement sensible, surtout sur ses replis, là où elle se dédouble, vers sa base. Le toucher ne produit pas seulement de la souffrance, mais encore le spasme involontaire et simultané des muscles constricteurs du vagin et de l'anus. Dans quelques cas même, ajoute Sims, le sphincter anal est aussi dur qu'une boule d'ivoire, et j'ai soigné une malade qui prenait cette dureté pour une tumeur qu'il fallait extirper. Et M. le professeur Verneuil, dans plusieurs cas qu'il a observés,

trouva en même temps que la contracture vaginale, une contracture du muscle transverse du périnée, une tension considérable de ce muscle. C'est peut-être là, me disait M. Verneuil, le principal obstacle pour l'exploration du conduit vaginal. Le doigt provoque dans cet endroit la douleur la plus vive, et il est aisé de sentir par cette exploration la résistance que ce muscle oppose à l'introduction du doigt, etc. Nous avons déjà vu, à l'article *Pathogénie*, que plusieurs muscles du périnée, du bassin se contractaient spasmodiquement en même temps que le sphincter vulvaire et anal, soit par simple synergie, soit sous l'influence de la même action réflexe.

Si maintenant, avec un stylet, ou mieux une sonde, on passe à travers l'hymen sans toucher sa surface extérieure, et si on exerce avec cet instrument des pressions d'arrière en avant, sur la face interne ou vaginale de cette membrane, on n'y découvrira aucune sensibilité anormale. Ce fait, assez singulier, se trouve fréquemment consigné dans nos observations.

Inutile d'ajouter que l'introduction du doigt n'est que rarement possible, et si, malgré les souffrances et les obstacles que nous venons d'indiquer, on arrive à franchir l'orifice, on éprouvera une sensation de resserrement, de contriction quelquefois considérable. Et si l'on persiste dans cette sorte d'exploration, la résistance devient de plus en plus forte. Quant à l'introduction du spéculum, elle sera non-seulement extrêmement pénible et douloureuse, mais presque toujours impossible. Les injections vaginales sont impossibles à pratiquer par les mêmes raisons, et on voit que souvent le moindre soin de propreté est interdit par la douleur et l'obstacle.

Dans ces circonstances, et si l'examen du col utérin devenait nécessaire dans l'espoir de découvrir une lésion, il suffirait alors de recourir à l'anesthésie pour voir disparaître la douleur et le spasme vaginal, et pouvoir

dès lors pratiquer commodément le toucher, ou faire l'examen par le spéculum, qui aurait été impossible sans cette précaution.

Il ne faudrait donc pas croire que c'est la douleur seule, ou l'existence de l'hymen ou des caroncules trop volumineuses, qui apporteraient cet obstacle à l'examen par le toucher ou par un spéculum, car dans ce cas la chloroformisation ne servirait pas à grand'chose, si ce n'est à supprimer la douleur, mais sans détruire l'obstacle. C'est évidemment le spasme du constricteur et autres muscles du périnée qui opposait une résistance qui cessa elle-même sous l'influence de l'anesthésique. Nous l'avons déjà prouvé, du reste, en parlant des faits de coït éthéré.

Et M. Richet en fournit encore une preuve concluante, quand il dit dans son excellent Traité d'anatomie chirurgicale (p. 777, 3e édit.) : « L'anneau vulvaire, sur la structure duquel je reviendrai, est en réalité, chez les vierges, le principal, le véritable obstacle à l'introduction du pénis dans le vagin, et non pas seulement la membrane hymen, ainsi qu'on le croit généralement. Cette dernière est effectivement très-peu résistante en général ; d'ailleurs, chez bon nombre de femmes, elle n'existe pas, ou est réduite à l'état rudimentaire, et cependant l'introduction, je ne dirai point d'un spéculum, mais même du doigt auriculaire, est difficile et extrêmement douloureuse. Sur une jeune fille de vingt ans, chez laquelle l'hymen imperforé s'opposait à l'écoulement des règles, je dus pratiquer l'incision cruciale de cette membrane, puis l'incision des quatre lambeaux à leur base, afin d'éviter plus sûrement leur adhésion, ce qui avait eu lieu déjà après une simple incision ; l'opération terminée, lorsque je voulus m'assurer qu'il n'existait pas profondément d'autres obstacles, je constatai qu'un cercle contractile placé à l'entrée même du

vagin opposait une résistance énergique à l'introduction du doigt indicateur, résistance que je ne pus vaincre sans d'assez vives seuffrances. J'introduisis une mèche dans le vagin, et lorsque la cicatrisation fut complète, je pus m'assurer de nouveau de la résistance de cet anneau vulvaire. Il n'est point rare d'ailleurs de faire la même observation chez les personnes qui n'ont que rarement des rapports sexuels; chez elles, l'entrée du vagin reste toujours plus ou moins resserrée, et elles redoutent les rapprochements plutôt qu'elles ne les recherchent.

Chez les femmes déflorées et même chez celles qui ont eu des enfants, c'est encore lui qui s'oppose à l'introduction du spéculum rond et plein, ou des corps étrangers volumineux, des pessaires par exemple. C'est ce qui fait que beaucoup de chirurgiens préfèrent le spéculum bivalve au spéculum plein, parce qu'il a sur lui l'avantage de se présenter à l'orifice vaginal par une extrémité étroite et de n'exiger d'écartement qu'au delà de l'orifice vulvaire. »

Etant démontré par ces faits que l'obstacle à l'intromission siége exclusivement à l'anneau vulvaire, et que cette résistance est due, dans l'affection qui nous occupe, au spasme de ce sphincter, et nullement à la douleur seule, qui n'est que la cause déterminante, immédiate, comme nous l'avons dit à l'article *pathogénie*, etc.; il ne nous reste, pour terminer les symptômes physiques, qu'à indiquer les différentes lésions qu'on trouve à la simple inspection.

On peut tout d'abord rencontrer la disposition anatomique, observée deux fois par Debout et plus tard par Churchill. Dans cette disposition exceptionnelle, on trouve que le bord antérieur du périnée déborde en avant d'une manière inaccoutumée: il présente une hauteur beaucoup plus considérable, la fourchette sem-

ble portée en haut vers le pubis, et l'orifice du vagin paraît alors caché ou oblitéré en apparence. Dans cette circonstance, pour introduire le doigt ou le spéculum, on éprouve une certaine difficulté. La malade étant couchée sur le côté gauche, il faut écarter la saillie du périnée d'avant en arrière pour se faire de la place, et on porte alors le doigt ou le spéculum suivant une ligne oblique de haut en bas, de manière à former avec le pubis un angle plus ou moins aigu. Nous verrons comment cette disposition mauvaise du périnée peut être un cause prédisposante de vaginisme.

A cette disposition on peut ajouter l'étroitesse excessive des parties génitales de la femme; mais, ce que l'on trouve le plus souvent, c'est un état inflammatoire de la vulve, surtout de la fourchette : de la rougeur plus ou moins intense, une véritable inflammation érythémateuse. Cette inflammation envahit souvent le vagin, il y a alors une véritable vaginite avec tous ses symptômes, parfois même assez intenses, sans que pourtant, dit Churchill, la copulation ait jamais eu lieu d'une façon complète. D'autres fois, c'est un simple écoulement leucorrhéique, ou un écoulement blanc-jaunâtre, opalin ou puriforme, suivant la date de la maladie, provenant de l'inflammation persistante des follicules muqueux, accompagnée de prurit, et succédant presque toujours à une blennorrhagie (Robert, *Archives génér. de méd.*, 3e série, 1841). On trouvera quelquefois à la vulve, dans le vagin, diverses espèces d'herpès et d'eczémas ; herpès *squamosus simplex*, *squamosus madidans* ou eczéma de Willan, etc., avec son écoulement coloré, séreux d'abord, puis plastique, tachant et empesant le linge, gonflant la muqueuse et s'accompagnant d'un prurit excessif. D'autres fois, et peut-être c'est le cas le plus fréquent, on ne trouvera que des éraillures de la muqueuse vulvaire, des fissures à l'entrée du vagin, des

érosions, surtout à la partie supérieure de la vulve, de chaque côté du vestibule, ou bien encore des petites ulcérations siégeant sur les nymphes, comme dans le cas qui m'a été communiqué par mon excellent ami et collègue M. Picot (obs. 26). On peut trouver aussi des excroissances polypeuses, des hypertrophies épithéliales, des productions verruqueuses très-sensibles (obs. 16, 17, etc.).

Ces végétations, dont nous avons déjà parlé, se trouvent très-souvent dans la région uréthrale et sont très-irritables, extrêmement douloureuses. Telles sont les petites saillies rougeâtres, situées au niveau du méat urinaire chez la malade que nous observons en ce moment à la Maternité, et dont M. Tarnier a bien voulu nous communiquer l'histoire (obs. 32).

Les grandes et petites lèvres peuvent être plus ou moins lésées, depuis la simple rougeur jusqu'aux phlegmons, aux abcès de la grande lèvre, ou de la glande vulvo-vaginale (Scanzoni), le plus souvent elles ne sont que douloureuses, œdématiées, plus volumineuses; elles sont comme fatiguées par les tentatives de coït répétées; elles sont flasques, molles. — Le clitoris peut être aussi le siége de certaines lésions, inflammatoires ou non; il peut être excessivement développé (obs. 17 et 19). La membrane hymen est quelquefois conservée intacte; le plus souvent elle est incomplétement détruite. Cette membrane est souvent résistante, épaissie, rouge ou éraillée, toujours très-sensible. D'autres fois elle présente l'aspect d'un cordon dur et résistant, ayant perdu toute élasticité; ou bien encore, elle n'est pas seulement indurée, mais aussi comme affaissée et refoulée en arrière. S'il ne reste que des caroncules, elles sont aussi très-dures, grosses, comme tuberculeuses, rouges, violacées, quelquefois œdématiées et avec de petites excoriations. C'est ce que

Scanzoni trouva 24 fois sur 34 cas; mais dans tous ces cas il existait une rougeur plus ou moins vive, du gonflement, de l'exfoliation. Deux fois seulement il trouva la membrane intacte, et huit fois un bourrelet continu bordant l'orifice vaginal.

Profondément, on peut trouver comme pour la vulve, différents états pathologiques, surtout l'exfoliation de la muqueuse, la desquamation épithéliale, l'inflammation des ulcérations, etc. ; et M. Richet cite l'observation d'une dame à laquelle Chomel avait appliqué un pessaire d'ivoire, et qui a suffi, pour produire un resserrement tel de l'anneau vulvaire, que l'exploration par le toucher occasionnait des spasmes suivis de syncopes. Il est naturel de supposer que le pessaire avait déterminé une irritation vaginale ou du col de l'utérus.

Portant enfin l'examen sur d'autres régions plus ou moins éloignées, sur d'autres organes, nous trouverons des états anatomopatho-logiques divers accompagnant la contracture vulvaire. C'est ainsi que Scanzoni continue : « Si nous jetons un regard sur l'état des organes génitaux chez nos 34 malades, 9 seulement, à part les lésions de la vulve, étaient indemnes de toute autre affection, et dans les 9 cas, il s'agit de femmes mariées depuis deux ans, chez lesquelles par conséquant le vaginisme ne pouvait remonter au-delà de cette époque. Les 25 autres présentaient des désordres plus ou moins considérables, appréciables à l'œil, et, abstraction faite de 5 d'entre elles, qui étaient malades déjà avant l'apparition du vaginisme, il en reste 20, c'est-à-dire, plus de la moitié dont les souffrances ont paru après le mariage. Sur ces 20 malades, 11 souffraient d'une disménorrhée congestive qui, chez 5 d'entre elles, se traduisait par des règles profuses; parmi les 9 autres, 6 avaient également une menstruation

anormalement abondante. Dans 13 cas, nous avons trouvé des symptômes de métrite chronique compliquée quatre fois d'antéversion, deux fois de rétroversion, une malade fut atteinte deux mois après son mariage de périmétrite, et nous pûmes encore, un an plus tard, en trouver les traces dans la région inguinale gauche. Dix-sept fois nous avons observé un catarrhe chronique de l'utérus; quatorze fois un catarrhe du vagin. Une fois il y avait une anté version utérine très-prononcée; deux fois un léger degré de rétroversion; neuf fois cette lésion s'accompagnait de troubles fonctionnels du côté de la vessie, et notamment de catarrhe vésical et uréthral, que l'on put constater deux fois, etc.

Cet intéressant tableau montre que, dans tout les cas de vaginisme, il est toujours utile, peut-être indispensable, de chercher avec une grande sollicitude des lésions aussi bien dans l'appareil génital externe que dans les organes génitaux internes et ses annexes. Ces lésions peuvent d'ailleurs être primitives ou consécutives, suivant les cas, ou bien encore elles peuvent coexister simultanément, ce qui est du reste facile à comprendre.

CHAPITRE VII.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS.

Nous avons admis deux formes dans la contracture du vagin : une légère, sans altération dans les tissus sous-jacents à la muqueuse, sans lésion de la fibre musculaire; une autre, au contraire, présentant cette altération, ou tout au moins, une tuméfaction due à une infiltration plastique des tissus périphériques et de la fibre musculaire elle-même, celle-ci ayant alors perdu

oute sa souplesse, etc. De cette division, il résulte que a maladie aura tantôt une *marche* passagère, pouvant disparaître avec la lésion ; tantôt une marche continue, devenant de plus en plus tenace et revêtant tout à fait l'état chronique.

La *durée* du vaginisme est donc indéterminée, suivant qu'il appartient à l'une ou l'autre forme, suivant que la lésion qui l'a provoqué a plus ou moins de tendance à disparaître spontanément, suivant qu'il est simple ou compliqué. Nous savons déjà que la moindre susceptibilité de la muqueuse vulvo-vaginale suffit pour renforcer la tonicité propre de l'anneau vulvaire, et dans ce cas le vaginisme est simple, léger, peut disparaître facilement ; mais, dans la majorité des cas, nous trouvons qu'il a duré des années, un quart de siècle chez une malade de M. Sims. En un mot, la durée est subordonnée à la cause ; il peut persister toute la vie si un traitement approprié ne vient le supprimer.

La *terminaison* est dans presque tous les cas la chronicité, si la malade ne s'est soumise à aucun traitement. La guérison spontanée est rare, et ne se voit que dans les cas où n'il y aurait que simple congestion de la valvule ou du vagin, pouvant facilement disparaître par le repos de l'organe.

La récidive du spasme du vagin, même dans ces cas légers, n'est pas rare. Les *complications* sont une terminaison fréquente du vaginisme; nous les avons déjà indiquées à propos des symptômes, et nous avons vu que ces conséquences du vaginisme étaient souvent assez graves : l'inquiétude, l'insomnie, l'inappétence, l'amaigrissement, la mélancolie, le trouble dans le foyer conjugal, la stérilité, etc., sont le cortége presque forcé d'un spasme vaginal qui dure depuis longtemps, sans compter les lésions concomitantes dont nous avons déjà donné le tableau d'après Scanzoni. Mais le trouble ner-

veux est quelquefois porté à un tel degré, qu'une malade d'Hervez de Chégoin a fini par se suicider. « Une jeune femme, dit-il, qui avait une fissure à la partie supérieure droite de l'entrée du vagin, recula, pendant trois ans, devant l'opération que je lui proposais, lutta non moins longtemps contre la douleur épouvantable dont chaque rapprochement était la cause immanquable.— Retenue par la crainte de cette douleur, et succombant toujours à un entraînement excité encore par les circonstances particulières dans lesquelles elle se trouvait, cette femme tomba dans une profonde mélancolie, et finit par se donner la mort. »

La mélancolie est sans doute une des terminaisons, une complication plutôt assez fréquente du spasme vaginal. Les malades finissent, en effet, par perdre toute espérance dans la guérison de leur mal, quand il dure déjà depuis longtemps : les conjoints désirent faire cesser la cause physique de ce qu'ils appellent *le plus grand malheur de leur vie* (Caffe) sans y arriver pourtant de prime abord. Le découragement, la tristesse est légitime et forcée dans ces cas ; nous en trouvons plusieurs exemples dans nos observations ; Michon parle d'une femme âgée de 36 ans environ, dont les traits fins, d'une régularité remarquable, portaient l'empreinte d'une grande tristesse. Scanzoni cite deux cas en proie à une mélancolie remarquable. M. Caffe, dans son observation, nous parle d'une dame mariée depuis trois ans et demi, à l'âge de 25 ans, ayant toujours été bien menstruée, d'une bonne santé ; ses yeux et sa chevelure sont d'un brun très-marqué, sur une peau blanche et fine les traits sont réguliers, sympathiques, mais non sans une douce teinte de mélancolie, etc. (*Journ. des connaissances médic. et pharm.*, p. 259, 1866.)

En somme, le vaginisme est souvent, on le voit, une affection extrêmement douloureuse, funeste à l'orga-

nisme de la femme qui en est atteinte, et change bientôt en amertume tout le bonheur conjugal.

CHAPITRE VIII.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic du vaginisme présente parfois quelques difficultés : c'est tout d'abord, le peu de précision qu'on trouvera dans les réponses de la malade lors de l'interrogatoire; les renseignements présenteront toujours ce caractère propre à l'hésitation dans laquelle se trouve la femme, qui souvent, par un sentiment de pudeur, ne se décide à exposer son mal que sous des formes quelquefois excessivement vagues. Tantôt elle dira qu'elle souffre au bas-ventre, tantôt elle suppose une maladie de l'intestin, de l'anus, comme dans les observations de M. Sims et de M. Péan, tantôt, enfin, elle avouera que ce sont des douleurs excessives des organes sexuels, sans dire comment et pourquoi, ou elle invoquera seulement la stérilité, etc. Dans ces cas évidemment, on n'arrivera au diagnostic qu'en surprenant, pour ainsi dire, le siége du mal.

Mais il faut ajouter que, dans la généralité des cas, les malades consultent réellement afin d'apprendre ce qu'elles doivent faire pour pouvoir supporter les approches sexuelles, qui jusqu'alors ont été douloureuses et impossibles ; elles se diront peut-être mal conformées, ou incrimineront leur mari de cette conformation vicieuse ; mais toujours est-il que, dans ce cas, on arrive vite aux signes physiques du spasme vaginal. Le diagnostic positif est basé sur la douleur et la constriction vaginale.

Le toucher n'est presque pas possible : les malades poussent des cris à la moindre exploration, et souvent des praticiens ont dû y renoncer. Si, avec le doigt on arrive à l'anneau vulvaire, on sent une résistance, comme une sorte de corde, un bourrelet qui s'oppose à l'entrée du vagin. Si enfin le doigt parvient à s'introduire, immédiatement la douleur est exaspérée, et le doigt éprouve nettement une sensation de resserrement, de constriction quelquefois insupportable. On trouvera en plus certains états de la membrane hymen et du reste de la muqueuse que nous avons déjà signalés longuement.

On ne pourrait donc, en réalité, confondre cette contracture qu'avec l'atrésie vulvo-vaginale proprement dite ou avec l'imperforation de l'hymen ; mais, dans ces cas, la douleur au toucher n'existe pas nécessairement, ou serait très-peu importante ; puis les renseignements sur le début de la maladie et un examen *de visu* feraient voir tous les caractères d'un hymen imperforé ou d'une atrésie congénitale ou cicatricielle. Si cependant un doute venait à exister, il suffirait de provoquer l'anesthésie : dans le cas de vaginisme, la douleur et l'obstacle cesseraient d'exister en même temps ; tandis que, dans l'atrésie et dans l'imperforation de l'hymen, l'obstacle, la coarctation vulvo-vaginale subsisteraient toujours.

Nous en dirons autant de certains vices de conformation de la vulve ou du vagin, tels que les vagins très-courts, les vagins bifides, l'absence du vagin, etc., etc. Les tumeurs diverses faisant saillie dans la vulve ou oblitérant complétement le vagin, seront facilement reconnues par l'exploration directe.

La *névralgie vulvaire* pourrait être confondue facilement avec le vaginisme, si on ne tenait compte que de l'élément douleur ; mais, dans tous les cas, on trouvera

les caractères propres des névralgies s'il s'agissait d'une simple névralgie vulvaire : la douleur névralgique présente d'abord ce caractère intermittent, revenant par accès et spontanément. Ces mêmes accès se répètent parfois à des intervalles assez rapprochés, et constituent de vraies attaques névralgiques, de vraies crises de douleur, avec intervalles de rémission complète. La douleur, dans la névralgie vulvaire, présente de nombreuses irradiations, et souvent elle est si superficielle, qu'il suffit de promener le doigt sur le point affecté, ou même sur les poils qui couvrent la face externe des grandes lèvres, pour causer de vives souffrances (Valleix). Dans le vaginisme, au contraire, la douleur ne survient pas par accès plus ou moins éloignés; elle ne revêt pas la forme intermittente, elle ne se présente pas spontanément avec de vraies attaques ou des crises douloureuses : elle est surtout provoquée, elle a un siége plus circonscrit, elle reconnaît pour causes des lésions diverses, et ce qui est très-important, c'est que la douleur du vaginisme est renforcée toujours par celle du spasme musculaire lui-même : le constricteur vaginal est en effet dans un état de spasme douloureux, de tension pénible et difficile à vaincre; circonstance qui ne se trouve pas dans la névralgie simple de la vulve. En un mot, les contractures douloureuses du vagin, la douleur moins superficielle, et ne se présentant pas par des crises et des attaques survenues spontanément, plus l'existence de lésions, sont des caractères suffisants pour ne pas confondre le vaginisme avec la névralgie vulvaire. Celle-ci peut devenir, avons-nous dit, une cause de vaginisme, de contracture du vagin, au même titre que l'hyperesthésie, le prurit vaginal, voilà tout; mais on ne doit, ni on ne peut jamais confondre la contracture spasmodique avec l'élément douleur seul,

quand on procède à l'examen direct de l'anneau vulvaire.

Cet examen est absolument indispensable, du reste, pour pouvoir conclure à un vaginisme.

Il sera aussi facile de distinguer le vaginisme de la névralgie lombo-sacrée, de la névralgie utérine, de la névralgie vésicale, de la coccyodynie, etc., en tenant compte du siége de la douleur, des symptômes propres de chacun de ces états pathologiques, et surtout de l'absence de la contracture du sphincter du vagin, qui est, nous le répétons, le signe pathognomonique du vaginisme ; la chloroformisation sera, du reste, la meilleure contre-épreuve, pour démontrer l'existence d'une contracture spasmodique.

Quant au ténesme vésicale et anal, qui complique souvent le vaginisme, ils pourront à la rigueur induire en erreur si on venait à négliger cette circonstance ; mais il sera facile toujours de lever la difficulté par l'examen du conduit vaginal : si on n'y trouve aucune contracture, aucune douleur, ni aucune lésion, c'est alors une contracture anale, un ténesme vésical, complétement étrangers aux organes génitaux.

Nous avons parlé longuement déjà des causes et des complications du spasme vulvaire ; leur diagnostic est de toute importance et doit être fait immédiatement et avec soin, aussitôt que la contracture spasmodique du vagin a été reconnue. C'est en effet dans ce diagnostic des causes ou des lésions, qu'on trouvera la raison des indications thérapeutiques et des divers procédés opératoires.

CHAPITRE IX.

PRONOSTIC.

Le vaginisme a une durée indéterminée, avons-nous dit; il ne se termine presque jamais par la guérison spontanée, et peut devenir l'origine de désordres immenses, tant au point de vue physique qu'au point de vue moral; mais, par contre, hâtons-nous de le dire, presque jamais une contracture spasmodique du vagin n'a résisté aux différents moyens thérapeutiques qu'on lui oppose. Et M. Sims est très-catégorique à ce sujet; il dit : « Mon observation personnelle me permet d'affirmer qu'aucune autre maladie ne peut devenir, entre deux époux, la source de chagrins plus amers; mais, par contre, j'ai la satisfaction d'avouer que je ne connais non plus aucune maladie qui puisse guérir si aisément, si sûrement et si certainement. » Scanzoni affirme aussi avoir guéri toutes ses malades; et, dans les cas que nous reproduisons, il n'y a eu en réalité qu'une seule récidive, plus une guérison incomplète, la malade ayant, dans ce dernier cas, renoncé trop tôt à la dilatation progressive.

Il est évident que la durée de la maladie, son intensité, les diverses complications qui peuvent l'accompagner, rendront son pronostic plus sérieux. Nous avons déjà indiqué ces complications : métrites, ulcérations du col, déviations utérines, dysménorrhée, leucorrhée, vaginites, etc.; mais alors ce sont ces maladies accessoires qui font toute la gravité du vaginisme. Ce sont toutes ces complications, ajoutées à l'excitation nerveuse survenue à la suite de rapports tant de fois tentés inutiment, qui, à la longue, amèneront sur l'ensemble de

l'organisme ce retentissement fâcheux dont nous connaissons déjà les tristes effets.

La stérilité est sans doute un des graves résultats de la contracture vaginale ; mais nous savons qu'il y a des exceptions, et nous en connaissons le mécanisme. Quané au coït éthéré qu'on a conseillé et pratiqué en Amérique, soit dans le but de guérir la malade, ou dans l'intention seule d'avoir un produit de conception, nous le répétons, c'est là une pratique qui doit être à jamais bannie et condamnée hautement. D'abord parce que l'éthérisation n'est pas sans danger, et ensuite parce que elle n'amène pas la guérison, même en supposant qu'il en résulte un accouchement, car nous avons vu, dans le cas cité par M. Sims (obs. 6), que le vaginisme persista après l'accouchement ; et enfin, parce que la méthode en question nous paraît blesser la dignité professionnelle.

Le pronostic est plus grave pour la première forme de la maladie, c'est-à-dire, lorsque celle-ci débute après une période plus ou moins longue de rapports sexuels ; lorsqu'elle se montre après un accouchement, ou à la suite d'une vaginite ; en un mot, dans les cas où nous avons supposé une altération de structure, car la thérapeutique emprunte alors ses moyens à la chirurgie, et souvent à la médecine opératoire.

Au point de vue moral et social, nous n'avons que peu de chose à ajouter : nous avons déjà indiqué les troubles intellectuels qui peuvent compliquer cette affection ; nous savons aussi qu'elle est parfois la source de désordres dans la vie conjugale, et même dans quelques cas, elle a été une cause sufisante pour amener la séparation (obs. 2, 19, 29, etc.).

CHAPITRE X.

TRAITEMENT.

Dans le traitement du vaginisme, la première chose qui frappe, c'est qu'un grand nombre de moyens thérapeutiques qui ont été conseillés, et qui presque tous, quoique très-opposés en apparence, ont donné cependant les meilleurs résultats. C'est ainsi que, tandis que M. Sims préconise et conseille toujours la section du sphincter vaginal pour guérir sûrement le vaginisme, Scanzoni rejette catégoriquement l'opération de Sims et guérit aussi tous ses malades par de simples moyens locaux sans opération sanglante. Raciborski, de son côté, affirme arriver à des résultats identiques par l'administration du bromure de potassium. D'autres praticiens, enfin, ne veulent que la dilatation graduelle; un grand nombre, la dilatation forcée, et quelques-uns le simple repos des organes génitaux.

Comment donc expliquer des résultats identiques par des moyens différents? C'est que, dans ces cas, comme nous verrons plus tard, on a toujours rempli les mêmes indications par des procédés différents, tout à fait opposés à première vue, voilà tout, et que souvent même on supprimait la cause prédisposante de la maladie par le simple fait de soumettre la malade à un traitement quelconque, ce traitement nécessitant toujours le repos des organes génitaux.

Le repos est, en effet, la première condition du traitement. Nous avons vu que la cause la plus fréquente peut-être du vaginisme était l'inflammation de la vulve; que tout traumatisme prédisposait à la maladie en produisant les phlegmasies; la continence donc doit être

absolue, et c'est la première indication à remplir, quel que soit le traitement qu'on va instituer.

Il y aura des indications à suivre, et, dans tous les cas, nous pourrions diviser le traitement du vaginisme en traitement local et traitement général; mais la maladie étant un état local au début, sauf les complications, le traitement général devient par ce fait très-restreint. Nous diviserons donc la thérapeutique du spasme vaginal en traitement médical et en traitement chirurgical, celui-ci comprenant seulement les diverses opérations, sanglantes ou non.

Traitement médical.

Le traitement médical peut être général ou local. Le premier comprend surtout la médication antispasmodique et narcotique (éther, chloroforme, valériane, belladone, opium, jusquiame, aconit, etc.), peu employée et seulement quand des symptômes nerveux viennent à se montrer dans le cours du vaginisme. L'arsenic peut quelquefois être très-utile, dans les cas surtout où il existe à la vulve de l'eczéma, du prurit, etc.

Le *bromure de potassium*, au contraire, a une plus grande utilité dans le traitement du vaginisme. Cet agent est employé ici avec avantage : en effet, agissant d'abord comme sédatif général du système nerveux en olighémiant la moelle, il diminue son pouvoir réflexe excito-moteur, et les spasmes sont moins faciles; de plus, comme il tend à détruire la sensibilité de la peau, et des muqueuses, l'action réflexe se montrera difficilement dans le cas de vaginisme. Ou bien encore il agira comme acinétique ou résolutif musculaire, et dès lors le spasme vaginal devra nécessairement disparaître.

M. M. Damourette enseigne, en effet, que le bromure

de potassium est un médicament *nervo-musculaire* : il est anesthésique, soporifique et sédatif musculaire.

Et notre excellent maître, M. le professeur Gubler, dit : « Le bromure de potassium ralentit et régularise les révolutions cardiaques; il réduit aussi le développement du réseau capillaire sanguin, et diminue la calorification, et conséquemment la sensibilité périphérique dans ses trois modes : tactile, douloureux et caloriscient, etc. En définitive, continue le savant maître, le bromure de potassium exerce une action sédative et hyposthénisante sur tout le système, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, etc., etc. (1).»

On conçoit facilement, d'après ces quelques renseignements intéressants sur l'action physiologique du bromure de potassium, que ce médicament peut exercer dans le traitement du vaginisme une action très efficace. Nous savons que Raciborski le préconise par dessus tout (obs. 10). Mais il faut cependant admettre que, quand le vaginisme est déterminé par d'autres causes que la simple hyperémie de la muqueuse, une légère inflammation ou l'hyperesthésie seule, alors l'indication du bromure perdra de sa valeur. Il est clair que, s'il existe dans le conduit vulvo-vaginal ces excroissances polypeuses dont nous avons déjà parlé, des vaginites granuleuses intenses, des ulcérations profondes, etc., le traitement devra nécessairement changer.

Le bromure émousse la sensibilité des muqueuses, la détruit même complétement, mais il ne guérit pas certaines lésions de ces mêmes muqueuses. On sait que depuis quelque temps on l'emploie pour faciliter l'examen laryngoscopique, oculaire ou uréthral : la muqueuse ainsi anesthésiée, permet une exploration com-

(1) Gubler. Commentaires thérapeutiques du Codex, Paris, 1868.

plète et qui n'est point gênée par les spasmes d'origine réflexe.

On doit donc employer ce médicament surtout au début de la maladie, avant que quelque complication ne vienne faire douter de son utilité dans les cas simples. La dysménorrhée cependant, compliquant le vaginisme, serait une indication pour son emploi, à en juger par l'observation de Raciborski, que nous transcrivons. Cet observateur le donna à la dose de 2 grammes, et, en queques jours, les douleurs dysménorrhéiques, ainsi que le vaginisme, avaient cessé. Dans quelques cas, il faudra élever la dose jusqu'à 4 ou 6 grammes par jour et le continuer assez longtemps.

Le traitement *local* se compose de topiques divers qui doivent varier suivant la lésion, suivant la cause de la contracture spasmodique du vagin. Dans tous les cas, il est toujours très-utile de commencer par des lotions froides sur les organes génitaux ou l'application d'une vessie remplie de glace ou d'un mélange réfrigérant. Ces lotions ou ces compresses d'eau froide, répétées plusieurs fois dans la journée, sont souvent très-utiles pour combattre l'hyperesthésie. Scanzoni conseille les lotions repétées avec de l'eau de Goulard tiède, ainsi que des bains de siége également tièdes, pendant trois ou quatre jours, et un léger laxatif s'il y a de la constipation. Plus tard, tout en continuant ces petits moyens, le même auteur touche les points enflammés de l'orifice vaginal avec une solution de nitrate d'argent, et huit jours plus tard il introduit un suppositoire du volume du petit doigt, composé d'extrait de belladone et de beurre de cacao. Au bout de deux ou trois semaines, ajoute Scanzoni, la cure est complète; et c'est seulement alors qu'il entreprend de dilater l'orifice vaginal.

On peut aussi conseiller des bains généraux tièdes, simples, ou contenant du son, de la morelle, de la jus-

quiame, des lavements calmants et anti-spasmodiques de belladone, laudanisés, de valériane, d'asa fœtida, du castoréum, etc. Le traitement hydrothérapique d'Ussat (Ariége), de Bagnères-de-Bigorre, etc., a été aussi conseillé. Le liniment chloroformé, 2 à 3 grammes de chloroforme pour 30 d'huile d'amandes douces, convient aussi pour diminuer l'hyperesthésie, le prurit vulvaire. La pommade belladonée est toujours très-utile dans ces cas.

M. Gueneau de Mussy emploie avec succès un suppositoire ainsi composé :

Beurre de cacao.	3 gr.
Bromure de potassium. .	0,30 centigr.
Extrait de belladone. . . .	0,10 —

Ce topique est continué pendant plusieurs semaines, et on diminue successivement le nombre des applications (voy. obs. 29).

Il va sans dire que, dans les cas où il y aura vulvite, vaginite, herpès, eczéma, il faudra commencer par guérir ces affections par les moyens ordinaires. S'il y avait des ulcérations ou fissures vulvaires, c'est encore par un traitement topique qu'il faudrait commencer : les cautérisations faites avec le nitrate d'argent ou avec le sulfate de cuivre triomphent souvent dans les cas de fissure.

Si la lésion qui entretient le spasme du vagin siégeait ailleurs que sur la vulve, comme, par exemple, à la partie supérieure du vagin, ou au col utérin, il faudrait alors pouvoir porter les topiques à ces endroits, et, pour cela, on peut être forcé de provoquer le sommeil anesthésique, afin de pouvoir franchir l'obstacle vulvo-vaginal (obs. 13).

En résumé donc, il faut, avant d'agir sur la contracture elle-même, aller chercher la cause probable de cette

contracture, sans distinction de siége ni d'étendue, et se borner à agir immédiatement sur elle par des topiques variés ; si le vaginisme persiste lorsqu'il n'y a plus de cause apparente, il faudra alors employer des procédés chirurgicaux.

Avant de terminer le traitement médical, nous devons signaler les cataplasmes vaginaux proposés par M. Caradec dans le traitement du vaginisme; mais ce moyen ne peut pas être applicable dans tous les cas : il faut que l'ouverture vaginale ait subi auparavant un certain degré de dilatation. Un sac de mousseline est poussé dans le vagin; on injecte ensuite un cataplasme de fécule d'amidon auquel on ajoute un narcotique ou de l'extrait de belladone. Ces sachets vaginaux agissent, non-seulement comme des agents antiphlogistiques ou de résolution, mais aussi comme un corps dilatant.

Tous ces moyens sont évidemment très-utiles pour combattre l'état local de la muqueuse vulvo-vaginale. Une application de sangsues peut même trouver son indication, comme, par exemple, dans tous les cas où la cause de la douleur et du spasme est une forte congestion des organes génitaux.

Nous indiquerons encore une cause pouvant être très-avantageuse dans certains cas simples, les injections hypodermiques ou sous-muqueuses, soit de sulfate neutre d'atropine, soit de chlorhydrate de morphine. Ce traitement sera insuffisant pour supprimer la cause de la contracture; mais il agira toujours très-probablement contre l'élément douleur et peut, dans bien des cas, faire cesser pendant un certain temps le spasme vaginal.

Traitement chirurgical.

Sous ce titre, nous comprendrons la *dilatation simple*, la *dilatation brusque*, l'*incision de la muqueuse*, la *section du sphincter vaginal*, la *section du sphincter anal*, et enfin les *procédés mixtes.*

A. *Dilatation simple.* Cette dilatation est tantôt *continue* et graduelle, tantôt *répétée* ou intermittente. Elle peut être pratiquée avec des mèches, avec de l'éponge préparée, avec de la racine de gentiane, avec des appareils en caoutchouc, en bois, en verre, etc. ; avec des spéculums et enfin avec les doigts.

Les *mèches* de charpie, enduites surtout de pommade belladonée, ont été souvent employées pour triompher de la douleur et du spasme vaginal, et, dans quelques circonstances, elles ont suffi (obs. 14 et 26). Et M. le professeur Depaul me disait encore dernièrement que, dans le tiers des cas, il avait obtenu la guérison de la contracture douloureuse du sphincter vaginal par l'emploi exclusif des mèches belladonées. On commence par une mèche d'un très-petit volume, qu'on augmente progressivement jusqu'à une dilatation du vagin suffisante pour permettre l'acte conjugal, la douleur devant disparaître en même temps. Il arrive que les mèches, ou tout autre corps dilatant introduit dans le vagin, sont difficilement supportées au début par les malades ; les douleurs sont quelquefois atroces, et les mèches, augmentant cette douleur, les malades enlèvent presque immédiatement l'appareil. Dans ces cas, on en diminue le volume et on conseille à la malade de les garder au moins quelques heures tous les jours. On se rend bien compte de l'utilité de ces mèches belladonées en songeant d'abord à l'action de la belladone, et ensuite à

l'effet mécanique du tampon. La belladone agit, en effet, comme un vaso-moteur local (Warthon Jones) : elle réduit le calibre des capillaires des muqueuses chez l'homme; elle agit comme stupéfiante de la sensibilité (Gubler); elle défluxionne donc la muqueuse vulvo-vaginale, devient un anesthésique local, et, partant, le spasme réflexe peut être supprimé. Mais la belladone, par ses effets diffusés, agit aussi comme hypocinétique : en olighémiant les centres nerveux, les convulsions, les spasmes sont plus rares. Enfin, elle paralyse les extrémités motrices des nerfs de relation, d'après quelques auteurs, et de là la résolution des muscles. — Tout cela est plus que suffisant pour montrer l'efficacité de la pommade belladonée et des mèches pour arriver à la dilatation du sphincter vaginal.

La dilatation graduelle du vagin a été faite aussi au moyen de l'éponge préparée : elle est moins bien supportée que les mèches, et produit par ses aspérités, lorsqu'on la retire du vagin, un froissement de la muqueuse souvent très-douloureux. Scanzoni l'emploie souvent dans le traitement du vaginisme; et c'est seulement après avoir insisté sur ce mode de dilatation qu'il a recours à d'autres moyens. Du reste, mon excellent ami et collègue, M. Henri Huchard, vient de lire devant la Société médicale d'observation un mémoire intéressant, dans lequel on peut voir tous les avantages qu'on peut tirer de l'éponge préparée en dilatant la cavité cervicale de l'utérus dans un but thérapeutique : que la coarctation de cette partie de l'utérus soit organique, inflammatoire ou purement spasmodique, l'éponge préparée présente toujours des avantages sur tout autre moyen de dilatation. (1). Il est donc évi-

(1) De l'emploi de l'éponge préparée dans les maladies utérines, par H. Huchard, interne des hôpitaux. Bull. de la Soc. méd. d'observation de Paris; 1869.

dent qu'elle peut rendre les meilleurs services dans les cas de spasme vaginal, et son application sera d'autant plus justifiée qu'on aura fait auparavant la section du sphincter vaginal; car on comprend aisément que, dans ce cas, il y a toute indication de maintenir écartées les lèvres de la plaie pour assurer le bénéfice obtenu par la section, et dans le but aussi d'éviter qu'un rétrécissement cicatriciel ne vienne se substituer au rétrécissement spasmodique, comme le fait très-bien remarquer M. Huchard, à propos du débridement fait sur le col utérin.

On peut encore obtenir la dilatation graduelle du vagin par des cylindres de racine de gentiane. Cette racine agira mécaniquement comme l'éponge préparée et suivant le même principe : l'eau, l'humidité la gonflent, et, son volume étant ainsi augmenté, elle finit par dilater le sphincter vaginal. C'est, en effet, ce que M. Robert de Latour a pu obtenir chez sa malade en très-peu de temps. Il s'agissait d'une jeune dame âgée de 20 ans, mariée seulement depuis deux ans. Les premiers rapprochements sexuels ont été très-douloureux ; le coït n'a jamais pu être accompli régulièrement ; les souffrances n'ont jamais disparu depuis cette époque. Les bains, la pommade et les mèches belladonées, n'ont pas fait grand'chose. La copulation était toujours irréalisable, le spasme et la douleur persistaient. Cette dame désirait ardemment avoir un enfant, et elle voulut essayer encore un autre traitement, avant de subir une opération sanglante. Elle souffrait déjà depuis deux ans, quand M. Robert de Latour lui plaça le premier cylindre de gentiane, dont le diamètre n'était que de 2 millimètres; tous les jours, il augmentait le volume de ce petit corps dilatant. — Le petit cylindre était enduit de pommade à l'extrait de ratanhia. Une semaine

après, le doigt indicateur pouvait déjà franchir l'anneau vulvaire. Le coït devint possible et bientôt la malade devint enceinte. (*Tribune méd.* du 2 août 1868).

Les appareils en caoutchouc servant à dilater graduellement l'orifice vaginal peuvent aussi être d'une certaine utilité. Tel serait par exemple celui de M. Péan, sorte de cylindre terminé par une extrémité d'ivoire, en forme d'embout, qu'on introduit dans le vagin ; le reste de l'appareil est circonscrit par un cylindre creux en caoutchouc qu'on dilate à volonté, soit par insufflation soit par un liquide. Mais ces appareils dilatateurs, qu'ils soient en caoutchouc, en ivoire, ou de simples cylindres creux en verre, remplissent mieux leurs indications quand déjà une opération a été faite sur l'anneau vulvaire, soit la dilatation forcée, soit la section du sphincter. C'est seulement alors que leur introduction est possible sans chloroformisation préalable; elle n'est presque plus douloureuse, et enfin, ils ont pour but principal de maintenir d'abord l'effet déjà produit par l'opération, et ensuite d'agir comme dilatateurs graduels.

Pour en terminer avec la dilatation graduelle, disons que, dans tous les cas, les malades supportent difficilement au début tous ces corps dilatants. Souvent elles enlèvent au bout de quelques minutes, de quelques heures, la mèche, l'éponge, le tube, etc. qui venait d'être introduit dans la cavité vaginale. Dans ces cas, il faudra diminuer le volume du corps dilatant mis en usage, tout en insistant sur son utilité au moins pendant quelques heures tous les jours. Généralement on arrive au bout de quelque temps à pouvoir faire supporter ce mode de traitement, surtout si on y ajoute les topiques dont nous avons déjà parlé, ou le bromure de potassium à l'intérieur.

Nous avons à peine besoin d'ajouter que tout traitement local doit être suspendu pendant l'époque menstruelle. On se bornera le plus souvent à permettre quelques lotions tièdes, quelques topiques émollients sur les parties génitales externes. Le bromure de potassium pourra au contraire être continué avec avantage.

La *dilatation répétée*, intermittente, peut dans quelques circonstances suffire pour triompher du spasme vaginal. Cette dilatation se fait ordinairement avec les doigts. Si la contracture permet d'insinuer l'index dans le vagin, on commence cette dilatation sans chloroformisation préalable; le chloroforme est le plus souvent nécessaire. On introduit les deux doigts indicateurs dans le conduit vulvo-vaginal et on fait une dilatation lente, rhythmique et dans le sens transversal :c'est une espèce de massage de l'orifice vaginal. Une seule séance de ce massage rhythmique a suffi chez la malade observée par M. Gueneau de Mussy; mais ce fait isolé ne peut pas être très-démonstratif, car la malade en question faisait déjà depuis quelques jours le traitement topique indiqué plus haut, et le continua encore pendant un certain temps (Obs. 29). Le plus souvent cette dilatation lente, mais répétée, devra être continuée pendant quelque temps.

Les divers spéculums qu'on pourrait employer pour faire la dilatation simple seront indiqués à propos de la dilatation brusque, car ils ne sont employés que pour faire cette dernière.

B. La *dilatation brusque* compte un grand nombre de succès dans le traitement du vaginisme. C'est à cette dilatation forcée, sans conteste, qu'il faut recourir, avant de songer à une opération sanglante; elle réussit, en effet, merveilleusement, comme du reste elle réussit dans la contracture anale. Dans nos observations, nous consignons plusieurs cas traités par ce procédé, et qui

ont toujours été suivis de guérison (8, 11, 22, 23, 25), 30.)

Du reste, ce procédé avait déjà réussi entre les mains de Michon, Perrin et d'autres observateurs ; il doit réussir à peu près au même titre que le procédé de Récamier pour le traitement de la contracture anale. Il a donné plusieurs succès à M. le professeur Depaul : 9 à 10 fois par la dilatation forcée, et 5 fois par la dilatation au moyen de mèches belladonées. M. Richet opéra de la même manière chez un malade qu'il avait dans son service à la Pitié, le 30 mai 1868 ; il introduisit après l'opération des mèches belladonées (Obs. 30.) Ce même chirurgien avait guéri par le même procédé une autre malade en 1867, à l'Hôtel-Dieu, et plusieurs autres encore auparavant. M. Verneuil a fait plusieurs fois la dilatation brusque, et aussi avec un pareil succès. Dans un cas, il survint une petite hémorrhagie aussitôt que le spéculum fut retiré du vagin; cette hémorrhagie cessa facilement, et la malade a guéri. Enfin, M. Broca va incessamment pratiquer la dilatation forcée chez sa malade (obs. 17.)

Les cas de vaginisme traités par la dilatation forcée sont donc très-nombreux ; nous ne voulons pas multiplier les exemples; notons seulement que, pour assurer la guérison, il faut avant tout se préoccuper de guérir les lésions vulvaires ou vaginales, et maintenir la dilatation faite brusquement, par des mèches ou autres corps dilatants, dont nous avons déjà parlé. Ce traitement consécutif à l'opération est presque nécessaire pour assurer la guérison définitive. Il est surtout indispensable après les opérations dont nous allons parler; et nous nous dispenserons dès ce moment de revenir sur l'utilité de cette dilatation continue par les mèches comme soins consécutifs.

Le procédé opératoire pour faire la dilatation brusque

du vagin est très-simple. On commence par anesthésier la malade, et immédiatement après on introduit dans l'anneau vulvaire un doigt de chaque main; on arrive dans le vagin, et alors, en recourbant les doigts en crochet, on tire en sens inverse et transversalement l'anneau vulvo-vaginal qu'on distend facilement.

Cette même opération peut se faire avee le spéculum trivalve de Ségalas, ou simplement avec un spéculum bivalve qu'on retire du vagin tout ouvert (obs. 11). Le spéculum de Nathan Bozeman, dont M. Gallard a bien voulu me faire voir le fonctionnement, peut être regardé comme un des plus commodes pour pratiquer la dilatation forcée du vagin. Il a l'avantage d'être très-petit étant fermé, ce qui facilite l'introduction, et une fois placé, il ne se déplace plus; l'instrument s'ouvre au moyen d'une vis, et cet écartement des valves peut se porter à un degré considérable. En le retirant ainsi ouvert on peut très-bien obtenir la dilatation brusque. Il peut aussi servir pour faire la dilatation simple, graduelle ou intermittente.

Enfin, M. Caffe fit construire, il y a quelques années, chez M. Charrière, un spéculum destiné à rendre possible la capulation chez un malade qui avait résisté à tout traitement (1). « C'est un spéculum à trois valves, deux latérales et une inférieure; cette deuxième supporte un manche. Le spéculum introduit par son embout conique, peu volumineux, voit ses branches s'écarter jusqu'à la distance de plus de 10 centimètres; une vis limite et fixe le degré de dilatation ; toute contraction est dès lors vaincue; c'est à ce moment que la conjonction sexuelle s'opère, et l'instrument, qui a servi pour ainsi dire de douille ou de gaîne, s'échappe et tombe. »

(1) Loc. cit.

Nous ne discuterons pas par quel mécanisme la guérison du spasme vaginal survient par le procédé de la dilatation brusque. Tout ce qu'on a dit pour la fissure anale s'applique aussi au vagin. Ainsi M. Monod ne croit pas à la déchirure des fibres du sphincter anal, car l'organe reprend bientôt ses fonctions ; mais la même chose arrive pour les petites incisions. Sédillot pense qu'il n'y a généralement que déchirure de la muqueuse, et peut-être quelquefois aussi paralysie momentanée du sphincter : la déchirure des fibres de ce muscle serait impossible (*Médecine opérat.*, t. II).

Nous ajouterons cependant que le procédé par la dilatation forcée exclusivement doit réussir moins bien dans le traitement du vaginisme que dans celui de la fissure à l'anus. Dans celle-ci, en effet, la seule déchirure de la muqueuse peut suffire pour amener la guérison, car la fissure elle-même est déchirée, et ses bords sont avivés, pour ainsi dire, et la cicatrisation de la fissure se fait ; la cause de la contracture anale ayant ainsi disparu, celle-ci cesse facilement. Mais, dans le vaginisme, les causes sont multiples ; nous l'avons vu, ce n'est pas toujours la fissure vulvaire qui en est l'origine; et dès lors la simple déchirure de la muqueuse vulvo-vaginale pourrait ne pas suffire dans beaucoup de cas pour détruire le spasme du constrictor cunni. Voilà pourquoi nous insistons beaucoup sur les soins consécutifs à donner à la malade après la dilatation forcée pour assurer le premier effet obtenu. Il faut non-seulement continuer la dilatation graduelle par les mèches belladonées, les éponges ou les tubes ; mais souvent aussi il faut continuer les lotions émollientes, les bains, les suppositoires calmants, et parfois les nouvelles cautérisations de la muqueuse au moyen de solutions au nitrate d'argent. Ces soins seront surtout indiqués quand la muqueuse est encore un peu exulcérée, en-

flammée, ou simplement boursouflée, rouge, congestionée.

C. L'*incision de la muqueuse* a été faite surtout par Michon, et avec les meilleurs résultats, quand tous les autres moyens avaient échoué. On commence par anesthésier la malade le plus souvent ; puis, avec un bistouri boutonné on pratique deux ou trois débridements sur l'hymen persistant en s'avançant jusqu'au sphincter vaginal sans l'atteindre. Si la membrane hyménale n'existe plus, on pratiquera seulement quelques incisions superficielles, mais multiples, sur la muqueuse du vagin. Une mèche volumineuse de charpie enduite de cérat ou de pommade belladonée est introduite dans le vagin ; quelques compresses d'eau fraîche sont appliquées sur la vulve. Cet appareil est changé tous les jours en augmentant le volume des mèches. La cicatrisation des petites plaies est complète au bout de quelques jours, et fréquemment la guérison du spasme vaginal s'ensuit.

M. le profeseur Broca obtint la guérison d'une contracture spasmodique du vagin (obs. 16), par la *galvano-caustique*. Ce chirurgien s'était proposé de faire disparaître, chez cette malade, la sensibilité exagérée de l'entrée du vagin en coupant, ponr ainsi dire, les filets nerveux au moyen du fil galvano-caustique ; ce résultat fut obtenu, en effet, et la malade a guéri complétement de son vaginisme qui datait de dix ans. M. Broca, dans cette opération, n'attaqua avec le fil galvano-caustique que la muqueuse et ses filets nerveux, sans arriver au muscle constricteur ; c'est pourquoi nous avons cru ranger ce procédé immédiatement après celui des incisions multiples de la muqueuse.

L'appareil que M. Broca employa dans cette circonstance était composé tout simplement d'une tige de

cuivre du volume du cathéter ordinaire des trousses, dont l'extrémité donnait insertion à un fil de platine; lorsqu'on tirait sur le fil, il s'écartait de la tige comme s'écartent deux branches d'un compas. Faisant alors communiquer la tige avec l'un des pôles de la pile, et l'extrémité externe du fil avec l'autre pôle, l'incandescence du fil fut instantanément produite. La petite tige de cuivre étant introduite dans le vagin, deux cautérisations de chaque côté de l'orifice vulvaire furent ainsi faites par le fil de platine. Aucun accident n'est survenu à la suite de cette opération, et la guérison du spasme vaginal se maintient depuis bientôt dix ans; l'opération fut faite en avril 1860.

D. La *section du sphincter vaginal* a été pratiquée bon nombre de fois pour arriver à la guérison définitive de la contracture spasmodique du vagin. Et c'est ici le lieu de dire qu'on accorde à M. Sims une part trop grande dans l'histoire du vaginisme et des procédés opératoires qu'il préconise. Nous avons vu, en effet, au chapitre *Historique*, que le spasme du constricteur du vagin était déjà connu en France par M. Huguier, plus d'un quart de siècle avant que M. Sims observât son premier cas en 1857. Il en fut, nous dit-il, étrangement frappé, n'ayant rien trouvé dans les livres classiques à ce sujet, et n'en ayant même jamais entendu parler (obs. Ire). Cependant M. Huguier avait reçu, à l'hôpital Beaujon, le 2 juin 1831, la nommée M. U. S., âgée de 25 ans, couturière, habitant le faubourg St-Martin. Cette malade s'était livrée avec excès aux plaisirs conjugaux depuis à peu près dix-huit mois. On trouvait de la chaleur, de la douleur et de la rougeur aux organes génitaux, et un sentiment de constriction qui fut en augmentant. La copulation devint impossible et très-douloureuse. Les caroncules étaient volumineuses; l'ori-

fice vaginal permettait à peine l'introduction du doigt auriculaire, M. Huguier, dit que, n'ayant pas réussi à la guérir par les calmants, les bains, etc., il dut faire une opération comme pour la fissure à l'anus. Il fit deux incisions bilatérales du vagin; il introduisit ensuiter des mèches de cérat opiacé. La guérison survint deux mois après ; le coït n'était plus douloureux, (Thèse inaugurale de M. Huguier, 1834).

Nous avons vu aussi que Dupuytren (*Leçons orales de clinique chirurg.*, 1839, t. IV, p. 161), nous parle de la malade opérée par Pinel Grandchamp. Convaincu, dit-il, de l'analogie de cette maladie avec la fissure à l'anus, M. Grandchamp fit une incision profonde qui divisa dans une étendue de deux pouces la fourchette, la muqueuse et le constricteur de la vulve.

Enfin, en 1850, Michon opérait une malade par une double myotomie sous-cutanée. Puis il introduisit l'index et le médius de chaque main dans la vulve, et il pratiqua la dilatation d'arrière en avant et latéralement. Il se proposait, par cette dilatation, d'écarter les extrémités des fibres divisées et d'assurer ainsi une réussite (obs. 7).

Ainsi donc, la section du sphincter du vagin avait été faite déjà en France bien avant que M. Sims l'eût tant vantée en Amérique. Cet observateur, cependant, a ajouté des opérations complémentaires à la section unique du sphincter. Il ne se contente pas seulement de diviser le sphincter du vagin, mais il excise aussi complétement la membrane hymen ou ses vestiges jusqu'à ses dernières insertions ; et enfin, il termine l'opération en introduisant des cylindres en métal ou en verre pour dilater l'orifice vulvaire. C'est donc une opération mixte, et que nous décrirons plus tard.

Pour le moment, disons seulement que la section du sphincter vaginal peut se faire, soit par la méthode

sous-cutanée, au moyen du dénotome caché dont Blandin se servait pour la section du sphincter de l'anus, soit par la simple incision à ciel ouvert. Dans les deux cas, il est important de porter le bistouri sur les tissus placés au-dessous du bulbe pour éviter une plus grande hémorrhagie. Il y aurait, peut-être, aussi quelque inconvénient à porter l'incision à ciel ouvert sur la commissure postérieure de la vulve : la fourchette pourrait venir à se déchirer plus tard, lors de l'accouchement, si un tissu cicatriciel était venu se substituer à l'élasticité propre de cette région. Les incisions donc, simples ou sous-cutanées, seront faites de préférence de chaque côté de la fourchette, et dirigées à droite et à gauche, parallèlement à la branche montante de l'ischion. Si, malgré cette précaution, il survenait une hémorrhagie un peu inquiétante, une grosse mèche de charpie trempée dans un liquide astringent et introduite dans la cavité vulvo-vaginale suffira, le plus souvent, pour l'arrêter.

E. La *section du sphincter anal externe* a été aussi pratiquée pour arriver à triompher du spasme du constricteur vulvaire. C'est M. le professeur Dolbeau qui pratiqua le premier, après Jobert, la section sous-cutanée du sphincter de l'anus, dans le but de guérir une malade atteinte de vaginisme. C'était une malade qui recevait les soins de M. Vigla, et chez laquelle ce praticien avait diagnostiqué une *névralgie avec contracture des trois sphincters*. Il s'agissait d'une jeune fille qui présentait tous les phénomènes de la fissure anale; elle souffrait aussi beaucoup en urinant. L'hymen était lâche, mais non déchiré. Le toucher vaginal, ainsi que la simple exploration avec un stylet, étaient excessivement douloureux. (Société de méd. de Paris, séance du 17 avril 1868). Chez cette malade, la dilatation forcée

du sphincter anal avait été pratiquée déjà par M. Dolbeau; elle n'avait amené qu'un amendement des symptômes. M. Vigla appela une dernière fois M. Dolbeau, qui fit alors la section bilatérale et sous-cutanée du sphincter de l'anus. La malade guérit.

Nous avons déjà dit quelques mots sur la corrélation intime et les rapports de continuité qu'il y a entre les fibres des sphincters anal et vaginal. De cette disposition anatomique on peut facilement déduire que l'opération faite par M. Dolbeau esttrès-fondée et peut parfaitement réussir, si, comme pour tous les autres procédés, on complète le traitement par la dilatation graduelle du vagin au moyen de mèches belladonées. Cette opération a un avantage réel sur la section du sphincter vaginal; c'est, d'abord qu'elle ne peut jamais compromettre le fonctionnement ultérieur du conduit vaginal, puisqu'on évite toute cicatrice dans ce conduit, et ensuite, il est aisé de comprendre que les malades accéderont plus facilement à se laisser pratiquer une opération sur l'anus que sur les organes génitaux.

M. Tarnier fit aussi cette section du sphincter anal chez la malade que nous avons pu examiner dans son service à la Maternité, il y a peu de temps (obs. 32). Le 20 novembre 1869, il fit la section de la moitié droite du sphincter anal externe; la malade fut soulagée pendant deux ou trois jours par cette opération, puis les douleurs reparurent.

Le 7 décembre, M. Tarnier pratiqua la section des fibres musculaires du sphincter anal au niveau de leur entrecroisement avec celles du sphincter vaginal, ou plutôt, il porta son incision sur l'intersection même de ces fibres; il divisa cette espèce de chiasma muscu-

laire formé par les fibres entrecroisées des deux sphincters. Et voici comment ce chirurgien procéda :

La malade fut anesthésiée et couchée sur le côté droit. Le doigt indicateur gauche introduit dans le rectum soulève fortement la paroi qui sépare les deux orifices; il incise alors transversalement la peau à peu près sur le milieu de l'espace compris entre l'anus et la fourchette. Il dissèque successivement les deux lèvres de la plaie en les rejetant l'une en avant, l'autre en arrière; l'aponévrose superficielle, le tissu cellulaire sont aussi divisés. Alors, changeant la direction du bistouri, il le porte d'avant en arrière, comme pour inciser perpendiculairement sur la première incision transversale : il divise donc sur la ligne médiane, couche par couche, presque une à une, les fibres musculaires du sphincter, perpendiculairement à leur direction transversale. Puis il introduit l'indicateur à travers l'orifice vulvaire, et coupe de la même manière les fibres du constrictor cunni, jusqu'à ce qu'il arrive sur une surface blanchâtre, sur laquelle on apercevait les ramifications flexueuses des veines hémorrhoïdales. M. Tarnier fit alors une légère piqûre, qui laissa jaillir une petite quantité de sang, ce qui l'avertit qu'il touchait à la couche celluleuse rectale. Toutes les fibres musculaires étaient divisées. On put constater alors que l'espèce de pont ou de raphée musculaire contracturé entre l'anus et la vulve avait disparu. Il ne restait qu'un peu de contriction produite par les parties latérales restantes du sphincter anal. Le 12 décembre, M. Tarnier incisa de chaque côté le sphincter anal. Les jours suivants la malade fut soulagée, mais l'état antérieur reparut bientôt. Le 27 décembre, la constriction anale était bien diminuée et la défécation moins pénible.

On le voit, chez cette malade toutes ces incisions, très-indiquées du reste, et soigneusement faites, n'ont pas suffi pour triompher de la contracture vulvaire; seule la contracture anale avait complétement disparu, ainsi que les douleurs pendant la défécation, le jour où M. Tarnier a bien voulu nous invister à examiner la malade.

Nous ferons remarquer que, chez cette malade, il existe encore des lésions au niveau du méat urinaire, trois ou quatre petites saillies ou papilles rouges excessivement douloureuses, que M. Tarnier cautérisa déjà avec le fer rouge. Ces petites productions verruqueuses suffisent pour entretenir le spasme vulvaire qui existe encore à un certain degré. Ajoutons que la dilatation par des mèches belladonées, introduites dans le vagin immédiatement après l'opération que nous venons d'indiquer, auraient peut-être beaucoup contribué au bénéfice obtenu par la section des sphincters.

En résumé, la section bilatérale du sphincter externe de l'anus, telle qu'elle a été faite par M. Dolbeau et par M. Tarnier, peut sans doute arriver à guérir la contracture spasmodique du vagin, pourvu, toutefois, qu'on supprime auparavant la lésion vulvaire ou vaginale, et qu'on ajoute immédiatement la dilatation graduelle pour empêcher le rapprochement des extrémités sectionnées du muscle.

F. Pour terminer le traitement du spasme du vagin, nous allons indiquer brièvement les procédés que nous avons appelés *mixtes;* et nous entendons par là tous ces traitements qui ne sont ni les simples topiques, ni le traitement interne, à l'exclusion de tout autre, ni la dilatation simple et brusque seule, ni l'incision sans

dilatation, mais toujours ces divers procédés associés les uns aux autres.

Ce mode de traitement est sans doute un des meilleurs, mais il n'est pas toujours indispensable. On se propose, par ces procédés, de faire le plus pour obtenir davantage.

Nous ne décrirons pas le procédé de M. Adolphe Richard, qui, du reste, se trouve tout au long dans notre obs. 12. Il se compose de quatre temps : des incisions énormes sont nécessaires, suivant ce procédé ; ce qui peut, tout d'abord, déterminer des hémorrhagies, un érysipèle, comme chez la malade dont nous rapportons l'histoire, et ensuite parce qu'il peut porter une atteinte réelle à la souplesse de cette partie importante du périnée, surtout au point de vue de l'accouchement. Les déchirures du périnée, pendant cet acte, sont bien plus faciles à se produire si du tissu cicatriciel, inextensible, est substitué à un tissu éminemment élastique.

Le procédé de M. Sims est passible, à peu près, des mêmes objections que le précédent. Ce procédé se compose de trois temps :

1° L'extirpation de l'hymen ou des vestiges de cette membrane ;

2° La division des fibres du sphincter vaginal ;

3° La dilatation consécutive.

L'hymen est enlevé le plus complétement possible, et, au bout de quelque temps ou le même jour, M. Sims fait la section du sphincter vaginal. La malade, une fois anesthésiée, l'index et le médius de la main gauche pénètrent dans le vagin ; on les écarte, de manière à ouvrir le vagin autant que possible ; on fait ensuite, avec un scalpel ordinaire, une profonde incision dans le tissu vaginal, d'un côté de la ligne médiane, la dirigeant de haut en bas et la terminant au raphé du pé-

rinée. Cette incision forme le côté d'un Y. On en fait autant du côté opposé, en réunissant les deux incisions auprès du raphé et en les prolongeant jusqu'au tégument du périnée. Chaque incision doit avoir 2 pouces de longueur, savoir : 1/2 pouce, au plus, au-dessus de la marge du sphincter vaginal; 1/2 pouce, au plus, à travers ses fibres musculaires, qu'elle divise; et 1 pouce depuis son bord inférieur jusqu'au raphé périnéal. Ces incisions peuvent varier suivant les sujets et le développement des organes sur lesquels on opère. Enfin, le dilatateur en métal, en ivoire ou en verre, est nécessaire pour assurer la guérison. S'il y a hémorrhagie, ce dilatateur est introduit immédiatement; sinon, M. Sims attend vingt-quatre heures pour le placer. Les malades doivent le garder quelques heures, tous les jours, pendant deux ou trois semaines ou plus longtemps, jusqu'à ce que les parties soient complétement guéries et que toute sensibilité ait disparu.

Les tubes de M. Sims ont environ 3 pouces de long et sont légèrement coniques. Ils portent sur le côté une dépression pour laisser place à l'urèthre et au col de la vessie. L'ouverture de l'extrémité externe fait que la pression atmosphérique aide à le retenir facilement dans le vagin.

M. Sims affime que, sur ses 39 cas de vaginisme opérés par ce procédé, il a obtenu 39 guérisons. Dans ses observations il trouva, à part la stérilité forcée dans quelques cas, des complications diverses, telles que la dyménorrhée, une tumeur polypeuse, un déplacement de matrice. La conception a pu avoir lieu après l'opération, et dans tous ces cas le mariage existait depuis vingt-cinq ans, dix-sept ans, quinze ans, douze ans, deux ans, etc. Mais Scanzoni, de son côté, affirme aussi avoir guéri complétement plus de cent malades

sans que jamais il se soit armé du bistouri pour maîtriser le mal. Et c'est encore un traitement mixte dont cet observateur a fait usage. Pendant deux ou trois semaines, il emploie des moyens locaux, surtout calmants et antiphlogistiques; puis l'action lente et continue de l'éponge préparée; ensuite, il introduit un spéculum de petit volume, augmentant successivement le calibre de l'instrument, et les malades sont guéries généralement au bout de six à huit semaines.

Après ce long exposé sur la thérapeutique du vaginisme, après avoir énuméré les nombreux succès obtenus par toutes les méthodes et procédés, tant médicaux que chirurgicaux, nous pouvons, d'une façon sommaire les résumer et en apprécier la valeur individuelle par un seul mot, applicable du reste à presque tous les états pathologiques : *se conformer aux indications.* Celles-ci, en effet, peuvent seules conduire à une thérapeutique rationelle, et partant efficace : tout système disparaît alors devant les applications variées de ces trois principes : 1° traitement de la cause de la maladie; 2° traitement du symptôme; 3° traitement de la complication.

On commencera donc, dans le traitement du vaginisme, par attaquer la cause, la lésion qui a pu le déterminer : bains, lotions, cautérisations, bromure de potassium, repos des organes, dans les cas simples où on ne trouve que l'hyperesthésie de la muqueuse vulvaire, de la congestion, des petites inflammations. Si des productions verruqueuses, des végétations, des hymens résistants et très-douloureux existaient, il faudrait les détruire.

Si la cause étant supprimée en apparence, la contrac-

ure persistant encore, alors on attaquerait celle-ci par la dilatation forcée, et enfin, par les incisions de la muqueuse vulvo-vaginale ou du muscle sphincter anal dans certains cas, mais toujours suivies de la dilatation graduelle du vagin. La section de l'anneau vulvaire doit être réservée pour les cas très-tenaces. Les complications une fois bien reconnues, on les traitera suivant les moyens ordinaires applicables à chacune d'elles en particulier.

Observations.

OBSERVATION Ire.

(Observation de M. Sims : son premier cas en 1857).

En mai 1857, dit M. Sims, je fus appelé près d'une dame âgée de 45 ans; elle s'était mariée à 20 ans, et depuis elle avait été constamment malade Les menstrues, toujours pénibles, venaient de cesser. Elle éprouvait une grande irritabilité dans la vessie, une sensation de pesanteur et d'autres symptômes propres aux maladies de l'utérus. Mais, pour moi, la chose la plus remarquable dans son histoire, c'est qu'elle était restée vierge, bien qu'elle fût mariée depuis un quart de siècle. Deux ou trois ans après son mariage, son médecin découvrit un tubercule muqueux et sanguinolent sur le méat urinaire; il l'extirpa, et chercha ensuite à dilater le vagin au moyen de bougies graduées, ce qui causa de grandes souffrances, sans amener la moindre amélioration permanente. La malade consulta les chirurgiens les plus éminents dans les principales villes de l'Amérique, puis elle visita Londres et Paris pour le même objet; mais personne ne donna une solution satisfaisante, et ne conseilla autre chose que l'emploi de bougies, qui déjà avaient été expérimentées sans bénéfice.

Son système nerveux était dans un état déplorable, et son impressionnabilité était devenue telle, que le plus léger bruit lui était désagréable au dernier point. Elle ne pouvait marcher que dans sa chambre, encore n'osait-elle pas souvent risquer l'expérience, et se tenait-elle la plupart du temps dans son lit, où elle se livrait à des efforts intellectuels incessants.

Je tentai de faire une exploration du vagin, mais j'échouai complétement. Le plus léger toucher à l'orifice de cet organe causait une vive souffrance qui jetait le système nerveux dans une grande commotion; il se manifestait une agitation musculaire générale; le corps entier frissonnait comme dans une fièvre intermittente. Les yeux étaient hagards, la malade poussait des cris et des sanglots; des larmes roulaient sur ses joues, et elle présentait, en un mot, la cruelle expression de la terreur et de l'agonie. Malgré tous ces témoignages extérieurs et involontaires de souffrance physique,

elle avait le courage de se tenir sur sa couche, et me suppliait de ne pas discontinuer mes efforts, pour peu que j'eusse l'espérance de découvrir quelque chose de l'état inexplicable dans lequel elle se trouvait. Après avoir exercé pendant quelques moments une pression de toute ma force, je réussis à introduire l'index dans le vagin jusqu'à la seconde articulation, mais pas plus loin. La résistance que rencontrait le doigt à son passage était assez grande, la contraction vaginale assez forte, pour amener son engourdissement, et l'examen ne révéla qu'un spasme insurmontable du sphincter vaginal. Je dis franchement au mari que je n'y connaissais rien, que je n'avais vu ni entendu parler de rien de semblable, et que je ne pouvais, en conséquence, rien promettre. Cependant je lui proposai de conduire sa femme à New-York, pour qu'il fût procédé à une investigation nouvelle pendant l'état d'insensibilité. Ma proposition fut acceptée avec empressement, et je priai feu le Dr John William Francis, le Dr Emmet, de l'hôpital des femmes, le professeur Van Buren et le Dr Kissam, de la voir avec moi. Ces deux derniers prirent la responsabilité de l'éthérisation. Avant l'anesthésie, je croyais devoir encore essayer de visiter le vagin, quand les mêmes symptômes se manifestèrent comme la première fois. Mais aussitôt que la patiente fut entièrement sous l'influence de l'éther, je trouvai, à ma grande surprise, l'orifice vaginal complétement détendu, et le vagin lui-même dans un état complétement normal. Il n'était pas large, mais assurément tout aussi développé qu'il était nécessaire. L'utérus était renversé, et une petite excroissance polypoïde, de la grosseur d'un pois, se trouvait implantée sur le museau de tanche. Cette excroissance fut extirpée, non dans l'espoir d'exercer quelque influence sur l'état particulier de la malade, mais pour prévenir le développement futur de ce produit morbide. J'émis l'opinion que nous avions affaire à une contraction spasmodique du sphincter vaginal, résultat de l'irritabilité inexplicable des nerfs de cette partie. Lorsqu'il me fut demandé si la guérison était possible, je répondis : « Je ne sais pas, car on ne trouve dans les livres aucune lumière sur ce sujet ; mais il me semble que le seul traitement rationnel doit être emprunté à la chirurgie. » Toutefois, je refusai de rien faire, me fondant sur ce qu'une opération non encore éprouvée ne pouvait se justifier sur une personne du rang de la malade, l'hôpital étant le champ légitime de l'observation expérimentale.

C'est là, ajoute Sims, un exemple exagéré des affections de cette classe. J'en ai vu plusieurs cas à peu près, mais non tout à fait aussi douloureux. Les facultés intellectuelles de cette dame, la culture

de son esprit et sa haute position sociale, aussi bien que ses longues souffrances, tout conspirait pour que le mal dont elle était atteinte devînt pour moi un objet de méditation et d'anxiété. C'était le premier exemple de la sorte que j'eusse jamais vu, et je n'aurais pas à m'étonner que c'eût été le dernier.

OBSERVATION II.

(Deuxième observation de M. Sims.)

Environ quinze mois après cette première observation, le professeur Pitcher, de Détroit, dans le Michigan, m'adressa un autre cas semblable, à l'exception que la malade n'était mariée que depuis deux ans. Le toucher lui inspirait la même crainte instinctive, elle éprouvait la même agitation musculaire, les mêmes frissonnements, la même souffrance, les mêmes spasmes du sphincter, à la seule tentative d'introduction du doigt dans le vagin. Comme le mari menaçait de divorcer, je regardai le fait comme favorable à l'expérimentation. J'avouai à la malade mon ignorance au sujet de de son infirmité, et je lui proposai de faire des incisions successives, expérimentales, auxquelles elle consentit sans hésiter. Pensant que la division de l'orifice, siége de l'irritation et des spasmes, était la seule opération raisonnable, je n'attaquai d'abord que les bords de la membrane hymen de chaque côté de la fourchette, mais il ne s'ensuivit aucun soulagement. J'attendis que les plaies fussent guéries; puis, je divisai de nouveau les parties aux mêmes points, mais en étendant les incisions profondément dans la membrane muqueuse et dans quelques-unes des fibres du muscle sphincter. Cette opération fut suivie de quelque amélioration; la patiente put supporter, sans très-grande souffrance, l'introduction du doigt; elle put même en endurer deux, mais non sans éprouver une vive douleur. Je vis que l'hymen lui-même était le foyer de l'irritabilité; je proposai alors de l'enlever entièrement et de répéter ensuite des incisions latérales comme auparavant, en les faisant plus profondes, et en rendant la dilatation permanente, au moyen d'une bougie convenablement construite. Cette fois, la mère de ma patiente en vint à conclure que je faisais des expériences sur sa fille. Je répondis que c'était vrai, et j'essayai de justifier la convenance de ma conduite devant la perspective d'un procès et d'un divorce. La mère fut, malgré cela, inexorable, et, malheureusement, elle enleva sa fille à mes soins. Toutefois, l'amélioration était si grande, que je ne

doutais pas qu'elle ne pût remplir les devoirs d'une femme, sans beaucoup de difficultés. L'expérience acquise en cette occasion était d'une grane valeur pour moi.

OBSERVATION III.

(Troisième observation de M. Sims.)

En janvier 1859, un autre cas de vaginisme me tomba sous la main. La malade était la femme d'un ministre du culte. Bien que mariée depuis six ans, tout commerce sexuel était resté impossible. Plusieurs chirurgiens avaient éte consultés, sans qu'ils eussent donné aucune explication de son état, ni procuré naturellement aucun soulagement. En l'examinant, je découvris, au méat urinaire, une tumeur sanguine, muqueuse, douloureuse au toucher, et, malgré l'exemple déjà rapporté, je me persuadai que ce tubercule était l'unique cause de tout le mal. Je l'extirpai, et la place qu'il occupait fut cautérisée. La malade retourna chez elle en temps opportun, mais elle revint peu de jours après me dire que ses anciennes souffrances persistaient. Procédant alors à un examen plus minutieux, je trouvai que la maladie était en tous points semblable à celles que j'ai fait connaître plus haut, mais non tout à fait aussi intense dans ses manifestations.

Le toucher le plus léger avec une plume ou un pinceau sur les replis de la membrane hymen causait une souffrance aussi grande que si on l'eût tailladée avec un instrument tranchant. Pendant que cette dame était l'objet de mes observations (avril de 1859), un quatrième exemple de la même affection vint se présenter à mes soins.

OBSERVATION IV.

(Quatrième observation de M. Sims.)

C'était une femme mariée depuis trois ans. Le commerce sexuel avait été imparfaitement accompli et un petit nombre de fois, pendant les premières semaines du mariage. Elle supposait, dans son innocence, que toutes les femmes avaient à souffrir comme elle, et tâchait d'endurer son mal; mais ces souffrances devinrent si vives, qu'à la fin elle vit avec terreur les approches de son mari. Sur ses instantes prières, celui-ci cessa toute tentative de rapprochement, et ils vécurent ensembles comme frère et sœur. Mais,

enfin, la mère de la pauvre jeune femme commença à s'étonner de ce qu'après trois ans de mariage, sa fille, qui semblait être pleine de santé, et avait un mari jeune et vigoureux, ne devînt pas grosse, et elle se hasarda à parler de son désappointement; la fille confessa tout à sa mère, qui me l'amena immédiatement. Je trouvai précisément le même état que j'ai déjà décrit. Quelques semaines après, le Dr Harris me signala un autre cas (le cinquième). Sa malade était mariée depuis deux ans et demi, sans que le coït eût été possible, etc.

OBSERVATION V (M. Sims).

En 1863, je fus consulté par une dame affectée de vaginisme, qui, mariée depuis six ans, s'était, pendant tout ce temps, soumise à l'acte sexuel, malgré les vives souffrances qu'il lui occasionnait. Je trouvai l'hymen non déchiré, mais dilatable. Il était extrêmement dur et presque aussi extensible qu'un cordon de caoutchouc. J'employai le spéculum, et j'abaissai le périnée vers le coccyx, de manière à donner à l'orifice du vagin assez d'ouverture pour me permettre de voir ce que je me proposai de voir. Cette opération fut suivie d'une grande douleur; après avoir vu l'hymen, je fis une incision à la fourchette, et j'appliquai le dilatateur jusqu'à ce que les parties fussent guéries. La malade s'en retourna, mais elle revînt peu de temps après me dire que le commerce sexuel était aussi insupportable que jamais. A un examen minutieux, je trouvai au côté droit de l'orifice du vagin un petit tubercule, ou durillon, pas plus gros qu'un grain de blé. Il était très-sensible, même au contact d'un pinceau. Il fut saisi à l'aide d'un ténaculum et enlevé; la sensibilité particulière à cette partie disparut immédiatement. Le soulagement fut aussi soudain qu'il eût été par le retranchement d'un névrôme sous-cutané; à vrai dire, il m'a toujours semblé que les symptômes du vaginisme avaient de l'affinité avec ceux des névrômes; mais mon ami le professeur Alonzo Clark, un des plus habiles pathologistes de mon pays, a fréquemment examiné pour moi l'hymen atteint de vaginisme, sans pouvoir jamais découvrir qu'aucun filament nerveux hypertrophié s'y fût introduit. Le cas que je viens de rapporter fut guéri par la petite opération pratiquée en second lieu.

OBSERVATION VI (M. Sims).

Une dame, âgée de 30 ans, s'était mariée à 21 ans. Des efforts vigoureux de copulation furent tentés en vain pendant cinq ou

six semaines. Le mari et la femme, jeunes tous deux et fort ignorants sur ces matières, ne furent pas surpris au commencement de rencontrer des difficultés ; mais bientôt ils se demandèrent s'ils ne prendraient pas l'avis d'un médecin ; la femme, exténuée par les efforts d'un coït infructueux et souvent répété, consentit à une consultation.

Le médecin de la famille fut appelé ; il supposa qu'il y avait disproportion extraordinaire dans le développement relatif de leurs organes génitaux respectifs, et conseilla d'accomplir l'acte sexuel pendant l'état d'éthérisation de la femme, ce qui fut fait, sans qu'elle en eût conscience.

Mais un nouveau rapprochement, essayé la nuit suivante, fut tout à fait impossible. Après de vaines tentatives pendant une semaine, le médecin fut rappelé, la femme éthérisée de nouveau, et le coït effectué avec la plus grande facilité. Il demeura, au contraire, impossible en l'absence de l'éthérisation.

Le mari, de petite taille, de constitution athlétique, musculeuse, non sujet à une éjaculation prématurée, possédait une puissance copulative extraordinaire. De sorte que ce n'était pas sa faute si le vaginisme ne cédait pas à la pénétration et à la dilatation. La suite de cette histoire se rattache encore plus à notre sujet. Il suffit de dire que le médecin dut se rendre régulièrement à la résidence des époux deux ou trois fois par semaine pour éthériser la pauvre femme, qui persévérait, dans l'espoir qu'elle deviendrait enceinte, et que la délivrance la guérirait. Ces éthérisations continuaient depuis un an, quand la conception eut lieu. Pendant toute la durée de la gestation, le coït put s'accomplir naturellement. Après la naissance de l'enfant, il y eut encore quelques copulations sans éther, mais elles furent extrêmement pénibles, et bientôt la souffrance devint si grande, que le couple fut contraint de recourir de nouveau à l'anesthésie. Une année de copulations effectuées avec le secours de l'éther s'était écoulée, quand survint une autre conception qui se termina par une fausse couche au troisième mois, et après laquelle la femme fut encore éthérisée pendant près d'une autre année, quand, enfin, ne voyant aucun espoir de guérison, et s'alarmant de la fréquence de l'éthérisation, les époux finirent par l'abandonner tout à fait. Il y avait trois ou quatre ans qu'ils n'avaient fait aucune tentative de copulation, lorsqu'ils vinrent à moi, non sans avoir vu d'autres médecins, qui n'avaient, du reste, donné aucune explication ni proposé aucun remède.

L'orifice du vagin était à peine assez large pour laisser passer

l'index. Le siége de l'hymen était rouge, enflammé, épaissi, durci et très-sensible au plus léger contact du doigt, d'une sonde ou d'une plume. Il existait à l'orifice de chaque glande bulbo-vaginale une tache rougeâtre, environ de la grandeur d'un petit pois. Le périnée avait été déchiré jusqu'aux fibres du muscle sphincter, et un cordon dur, rigide et inodulaire traversait la fourchette et allait se perdre dans le tissu épaissi qui occupait le siége originaire de l'hymen. Cet anneau était tout aussi sensible que dans un cas de vaginisme le mieux caractérisé. Il faut dire, il est vrai, que dans l'origine comme à présent, il s'agissait assurément d'un vaginisme, bien que le coït eût été accompli des centaines de fois, bien qu'un accouchement à terme, ainsi qu'une fausse couche eussent eu lieu, circonstance qui aurait dû faire disparaître l'état morbide, s'il avait pu disparaître par l'action purement mécanique de la distension. Je ne prétends pas nier qu'on ne puisse, en cas de vaginisme, dilater au point de permettre le commerce sexuel; mais, le plus souvent, le coït reste encore très-pénible après les traitements par la dilatation. Chaque fois, au contraire, que j'ai opéré par retranchement de l'hymen, et ensuite par incision et dilatation, le commerce sexuel s'est accompli sans peine.

La marche à suivre, dans le cas que nous venons de décrire, consistait à retrancher tout l'anneau formé par le tissu épaissi qui embrassait dans son cercle l'orifice du vagin, et, en particulier, la partie cicatricielle qui touchait à la fourchette. C'est ce qui fut fait; puis j'incisai de chaque côté le septum compris entre la fourchette et le rectum, en descendant à travers les fibres du muscle sphincter et de la fourchette jusqu'au raphé du périné. L'opération laissa une très-mince cloison entre les deux ouvertures. J'introduisis un dilatateur de verre dans le vagin, où il resta presque constamment, et où il fut remplacé, pendant quarante-huit heures, par un autre dilatateur plus large. Quinze jours après, l'acte sexuel fut accompli pour la première fois sans aucune difficulté. Toutes les fois qu'il existe un tissu cicatriciel, comme dans ce cas, les rechutes sont à craindre, et il découle de là une nécessité plus grande de prolonger l'usage du dilatateur. Ce fait remarquable présente plusieurs points intéressants, notamment les deux conceptions qui eurent lieu pendant que la femme était dans un état complet d'anesthésie.

OBSERVATION VII.

(Michon, Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale, août 1861.)

Dans le mois de septembre 1850, une dame de 24 ans et quelques mois, habitant une de nos grandes villes de province, me fut conduite par son mari et la tante de celui-ci. Cette jeune dame avait eu, deux ans environ auparavant, un enfant qu'elle avait eu la douleur de perdre. Son mari et elle désiraient vivement avoir d'autres enfants; mais ils me dirent l'un et l'autre que les rapprochements sexuels étaient devenus extrêmement difficiles, et le plus souvent impossibles; que, malgré leurs désirs et leurs efforts communs, la femme était prise de douleurs si vives et de contractions spasmodiques si fortes, que l'orifice de la vulve, resserré, devenait infranchissable pour le mari; que, par exception fort rare cependant, il arrivait quelquefois qu'un second rapprochement, opéré peu de temps après le premier qui avait échoué, devenait possible, et qu'alors l'acte était accompli, la femme éprouvant moins de douleur et le spasme cédant.

L'examen des organes me fit reconnaître qu'ils étaient régulièrement conformés. Je ne rencontrai ni gerçures, ni fissure à l'orifice de la vulve; mais l'introduction du doigt déterminait une contraction spasmodique douloureuse et violente de l'anneau vulvaire, comparable à la contraction que produit, dans une fissure bien caractérisée de l'anus, l'introduction du doigt dans le rectum. Le diagnostic ne laissant pas d'obcurité, je pensai que cette jeune femme pouvait et devait guérir par une opération chirurgicale analogue à l'une de celles pratiquées pour la fissure à l'anus (la vraie fissure); je la proposai avec confiance à la malade, elle accepta facilement. Je connaissais trop les inconvénients et les dangers des déchirures du périnée pour qu'il me vînt à l'idée de fendre par incision, dirigée de dehors en dedans, le muscle contracturé. Je choisis l'opération appliquée par Blandin à la fissure à l'anus. J'y ajoutai la dilatation introduite par Récamier. Voici comment je procédai, avec l'assistance et le concours de mon ami, M. Denucé, alors interne dans mon service à l'hôpital de la Pitié, aujourd'hui professeur et chirurgien à l'hôpital de Bordeaux. La malade étant anesthésiée, l'index de la main gauche étant introduit dans le vagin je fis successivement, à l'aide d'un ténotome, une ponction à la peau, à droite et à gauche, à deux centimètres du raphé et au-dessous de l'anneau formé par le muscle; par cette ponction, j'introduisis le

bistouri à chappe, et dégageant la chappe, je fis d'arrière en avant la section du muscle, maintenant et dirigeant l'instrument sur l'indicateur de la main gauche placée dans le vagin.

Cette double myotomie sous-cutanée étant achevée, j'introduisis rapidement l'index et le médius de chaque main dans la vulve, et j'opérai la dilatation d'arrière en avant et latéralement.

Je me proposais, par cette dilatation, d'écarter les extrémités des fibres divisées et d'assurer ainsi une réussite que j'avais promise à la malade, d'après l'analogie avec ce qui se passe dans la fissure à l'anus.

Des compresses d'eau froide furent placées sur la vulve; il ne survint aucun accident, quelques ecchymoses seulement de peu d'importance dans le voisinage des piqûres. J'ai cessé de voir cette dame le 1er octobre; elle est retournée chez elle dans les premiers jonrs du mois, je ne l'ai plus revue depuis. J'ai eu plusieurs fois, par sa tante, l'affirmation qu'elle avait été guérie, qu'elle avait eu deux enfants, mais qu'elle avait succombé depuis à une maladie étrangère.

OBSERVATION VIII.

(A. Courty, Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes, 1866.)

Il y a environ quinze ans, je portai pour la première fois le diagnostic d'une pareille affection, alors inconnue, et j'en instituai le traitement, par analogie avec celui de la contracture de l'anus. Il s'agissait d'une dame ayant eu déjà trois enfants, dont le vagin et l'anneau vulvaire avaient par conséquent autant d'amplitude ou de dilatabilité que possible, et qui me fut présentée par un confrère comme atteinte d'une prétendue maladie syphilitique, que le mari était supposé lui avoir communiquée : il n'y avait rien de vrai dans cette étiologie. La malade très-nerveuse, sujette à une affection rhumatismale qui avait plusieurs fois atteint l'utérus, n'ayant ni érythème, ni sécrétion anormale, ni érosion, ni fissure quelconque de la vulve ou du vagin, avait une simple contracture, mais très-forte, du *constrictor cunni*, remontant à plus de trois ans, d'abord intermittente, devenue plus tard permanente, n'ayant permis dans le principe l'intromission du membre viril qu'au prix des plus vives douleurs, plusieurs fois suivies de syncope, formant depuis lors un obstacle insurmontable à cette introduction. L'exploration par la vue, et surtout par le toucher, ne me laissa pas le moindre doute sur la nature de la maladie, que je comparai de prime abord avec la contracture (avec ou sans fissure) du sphincter de l'anus. Je la

traitai de la même manière, c'est-à-dire par la dilatation forcée ou la déchirure brusque à l'aide des doigts, la malade préalablement chloroformée ; je conseillai des irrigations vaginales quotidiennes de demi-heure au moins de durée, l'usage de bains sulfureux comme anti-rhumatiques, un bon régime, beaucoup d'exercice et quelques antipasmodiques. La guérison a été complète et durable et a permis depuis lors, comme auparavant, le libre exercice des devoirs conjugaux.

OBSERVATION IX.

(M. Raciborski, Gazette des hôpitaux, 1868, n° 145.)

Il y a quelques années, une dame, habitant un des départements du Midi, était venue nous consulter pour une prétendue maladie de la matrice, qui la mettait dans l'impossibilité de remplir les devoirs conjugaux, tant elle souffrait à chaque tentative d'un rapprochement. Après nous être assuré qu'il n'y avait chez elle d'autre affection des organes sexuels que le *vaginisme*, nous l'avons placée dans un établissement hydrothérapique, où elle prenait tous les jours une douche d'eau froide sous forme de pluie et de bains de siége dans l'eau froide. En même temps, elle introduisait deux fois par jour notre *autospéculum*, et le gardait chaque fois au moins une heure. Deux mois de ce traitement ont produit un changement si satisfaisant, qu'elle a pu quitter l'établissement et rejoindre son mari.

Nous nous proposions d'ajouter à la première occasion, à ces moyens, des injections sous-muqueuses dans l'épaisseur de l'hymen ou à l'entrée du vagin avec le sulfate d'atropine ; mais ce nouveau cas de vaginisme, s'étant présenté dans des conditions particulières, a dû modifier pour le moment ce programme.

OBSERVATION X.

M. Raciborski, Gazette des hôpitaux, 1868, n. 145.)

Il s'agissait d'une personne qui souffrait depuis longtemps de dysménorrhée, et qui offrait en même temps les sýmptômes du *vaginisme*. Comme à cette époque nous comptions déjà de nombreux succès, obtenus à l'aide du bromure de potassium dans la dysménorrhée, il nous a paru naturel de commencer ce traitement par cette médication. Cette substance *anesthésique* et *amyosthénique* ne pouvait avoir qu'une action favorable sur le *vaginisme*. Le bro-

mure de potassium a non-seulement soutenu cette fois la bonne opinion que nous avons eue de lui dans la dysménorrhée, mais il a fait disparaître en même temps le *vaginisme*. Cette observation mérite d'être rapportée en détails :

N...., âgée de 22 ans, blonde, peu anémique, de taille moyenne, était au service d'une de nos clientes comme femme de chambre. Plusieurs fois déjà elle s'était plainte à sa maîtresse de douleurs dans les parties sexuelles ; questionnée par nous sur la nature des souffrances, elle n'a pu donner que des renseignements vagues, incapables de fournir les données d'un diagnostic tant soit peu précis. C'est ainsi qu'étant interrogée si elle souffrait en urinant ou si elle était sujette à quelque écoulement. elle répondait invariablement par le mot *quelquefois*. La seule chose qu'elle ait déclarée nettement, c'est qu'elle souffrait habituellement beaucoup au commencement des règles et que dans l'intervalle des époques elle éprouvait souvent des douleurs aux parties, surtout en marchant ; le moindre attouchement de ce côté lui était insupportable. Les organes sexuels externes ne nous ont rien présenté d'anormal; point de rougeur inflammatoire, ni d'écoulement ; la muqueuse était d'un rose pâle, comme cela a lieu chez les anémiques. On pouvait toucher les grandes comme les petites lèvres et les écarter, sans provoquer autre chose qu'un sentiment d'appréhension inspiré par la crainte qu'on allât plus au fond. On pouvait également toucher et même pratiquer une forte pression sur le clitoris et le vestibule sans faire éprouver aucune sensation désagréable. L'hymen intact offrait une ouverture assez grande pour pouvoir donner passage à l'extrémité de l'index. En haut de cette ouverture, immédiatement au-dessous du méat urinaire, on remarquait une petite proéminence de la grosseur d'une petite fraise, à surface rayée transversalement, formée par la portion spongieuse de la muqueuse vaginale, celle qui double l'urèthre en avant. Au moindre attouchement de cette partie, la malade bondissait de douleur, serrait instinctivement les cuisses et repoussait notre main. Cette *hypéresthésie* s'étendait à toute la partie antérieure et supérieure de l'hymen, qu'on ne pouvait plus toucher sans provoquer de vives douleurs. Ayant essayé de franchir quand même l'ouverture de l'hymen, nous avons provoqué de si vives douleurs que la malade se tordait sur la chaise longue, s'efforçait à repousser notre main, fondait en larmes et nous assurait que, si notre examen devait durer, elle préférait mourir. Quoi qu'il en soit, le toucher pratiqué ainsi a permis d'atteindre le col de l'utérus et de s'assurer de ses

dispositions normales. Ce que cette rapide exploration nous a offert encore de remarquable, c'est que le doigt a pu appuyer contre le col de l'utérus et les parois du vagin sans provoquer dans ces parties la moindre douleur, et que l'*hypéresthésie* était absolument circonscrite vers l'ouverture de l'hymen, quoique le doigt n'ait exercé en cet endroit que des mouvements fort peu étendus. En retirant le doigt, on a vu s'écouler à peine une petite quantité de mucus d'un blanc laiteux. (Bains de siége dans la décoction de racine de guimauve et de têtes de pavots ; application additionnée d'extrait de belladone au quart sur les parties hypéresthésiées.)

Ayant revu la malade quelques jours plus tard, nous n'avons encore remarqué aucune amélioration sensible. Cependant, comme elle devait avoir ses règles dans quelques jours, nous avons voulu lui apporter au moins quelque soulagement du côté de la dysménorrhée, en ajoutant aux moyens déjà mis en usage le *bromure de potassium* à l'intérieur. La malade en prit 2 grammes tous les jours jusqu'à l'arrivée des règles, et continua d'en prendre à la même dose pendant toute la durée du flux menstruel. Quelques jours après, elle nous déclara que, pour la première fois depuis longtemps, elle avait passé son époque menstruelle sans souffrir, et que, depuis lors, les douleurs qu'elle éprouvait habituellement dans l'intervalle des époques, du côté des organes sexuels, étaient devenues également moins vives. (Continuation du même traitement.) Le bromure de potassium a été repris après une huitaine de jours de repos et continué jusqu'à l'arrivée des règles et pendant toute leur durée. Ayant revu la malade quelques jours après, elle nous affirma qu'elle ne ressentait plus de douleurs dysménorrhéiques, ni même de souffrances qu'elle éprouvait autrefois dans l'intervalle des époques. L'examen direct des organes ne nous permettait pas de douter un instant de la guérison. La saillie de la portion spongieuse de la muqueuse vaginale, ainsi que l'hymen, avaient repris leur sensibilité normale ; on pouvait les toucher et même appuyer dessus sans provoquer de douleur. Depuis trois mois, la guérison ne s'est pas démentie un seul instant. Pour consolider ce beau résultat, nous avons prescrit un peu de fer réduit par l'hydrogène, l'usage de l'eau ferrée pendant les repas, des viandes rôties ou grillées, saignantes, un peu de vin de quinquina et des ablutions d'eau froide.

OBSERVATION XI.

(Société de méd. de Paris, 3 avril 1868; Gazette des hôpit , n. 50.)

M. Charrier. — Messieurs, je crois intéresser la Société en lui communiquant une observation curieuse de vaginisme. Les cas de ce genre, sans être absolument rares, ne sont pas cependant très-fréquents; et comme les méthodes de traitement sont variées, et que les opinions sur la thérapeutique sont contradictoires, il est bon que des observations semblables soient soumises à un débat et à une discussion approfondis.

En septembre 1867, un de mes amis et camarades d'internat, docteur en province, m'envoya une jeune femme, mariée depuis quatre mois, et qui ne pouvait plus supporter les approches de son mari. Le coït avait d'abord été pratiqué, puis, peu à peu, il était devenu tellement douloureux, que la patiente comparait le mal qu'elle éprouvait à un violent mal de dents, et tellement violent, que, s'il persistait, elle tombait en syncope.

Plusieurs moyens avaient été tentés : l'extrait de belladone, l'extrait d'opium, les bains prolongés, etc. Enfin, de guerre lasse, la malade vint à Paris, accompagnée de son mari et de sa mère, me consulter. Voici le résultat de l'examen.

La malade étant mise sur un fauteuil à spéculum, les cuisses écartées, j'entr'ouvre les grandes lèvres : l'hymen n'existait plus, les caroncules myrtiformes ne sont pas plus saillantes que de coutume, rosées, sans traces d'inflammation aucune; pas de vulvite, pas de vaginite, et cependant ni le vagin ni la vulve ne sont secs.

Le bout d'un stylet, porté sur les caroncules, fait jeter des cris à la malade; le moindre attouchement, soit avec la pulpe du doigt, soit avec les barbes d'une plume, lui produisent le même effet. Le petit doigt même ne peut pas être introduit, et l'on sent une constriction, une contraction très-grande du constricteur du vagin. Évidemment, il y a là une contracture pareille à celle de l'orbiculaire des paupières, à celles du sphincter de l'anus dans les cas de fissure.

La malade était une femme courageuse, qui était décidée à tout supporter plutôt que de rester dans un état pareil. Voici alors ce que je fis :

Le jour même, elle prit un bain prolongé de deux heures; le lendemain, étant allé chez elle, je la plaçai en travers du lit, les deux jambes appuyées sur deux chaises, comme pour l'application du

spéculum ou du forceps. J'anesthésiai profondément la patiente; puis, quand le sommeil chloroformique fut complet, j'introduisis, en forçant un peu, et puis en imprimant un mouvement hélicoïdal à l'instrument, le spéculum bivalve, qu'on emploie pour l'extraction des polypes, largement ouvert à la base. Je le retournai en tous sens, comme dans la dilatation forcée de l'anus. Il s'écoula un peu de sang. Après, j'introduisis une très-grosse mèche enduite d'extrait de belladone et de glycérine.

Le soir, le coït fut pratiqué sans douleur. Pendant quinze jours, matin et soir, il fut répété, puis notre opérée retourna en province. Je viens de recevoir une lettre de son mari, qui m'annonce que le coït s'est toujours effectué sans douleur, et que sa femme est enceinte de trois mois.

OBSERVATION XII.

(Société de méd. de Paris, 3 avril 1868; Gazette des hôpit., n. 50.)

M. Adolphe Richard. — Une jeune femme, que je vis avec le Dr Mallet, était parvenue, par son désir extrême d'avoir un enfant, et malgré le vaginisme le plus prononcé, à subir le rapprochement de son mari. Elle devint enceinte, et accouchant dans ces circonstances, au milieu d'atroces douleurs, elle eut une déchirure du périnée, qui, propagée à une partie du sphincter anal, l'empêchait de retenir les matières semi-liquides. Malgré tout, les angoisses du vaginisme étaient restées les mêmes, et, comme sa déplorable infirmité exigeait des lavages fréquents, les douleurs étaient presque incessantes et la santé générale prefondément détériorée.

L'hyperesthésie était, comme toujours, limitée aux débris de l'hymen, avec caroncules. J'endormis la malade avec M. Mallet, j'enlevai avec le plus grand soin toutes les caroncules, et, après avoir avivé les bords de la déchirure périnéale, je fis de ceux-ci deux parts : la moitié postérieure de ces bords fut réunie avec soin en avant de l'anus par trois sutures métalliques profondément implantées; la moitié antérieure de la plaie périnéale, au contraire, bâillant transversalement, fut suturée au bord antérieur de la muqueuse de la paroi postérieure du vagin, isolée par l'enlèvement de l'hymen. Ce bord de muqueuse vaginale avait été, au préalable, disséqué dans l'étendue de 1 centimètre et demi.

Au bout de quelques jours, l'opérée avait un périnée court, mais solide, et elle fut désormais débarrassée de toute sensibilité morbide du côté des organes extérieurs de la génération.

L'opération à laquelle j'avais été conduit ici par la disposition même des parties, me parut propre à servir de règle pour les cas ordinaires de vaginisme, et je ne tardai pas à en faire l'application.

Dans le courant de l'été dernier, M. le Dr Fortina me présenta une jeune dame venant de fort loin à Paris pour chercher la guérison ou le soulagement à des maux intolérables. Depuis deux mois elle était mariée, et, malgré tous les efforts possibles, l'acte conjugal n'avait pu s'accomplir. Il était résulté de ces essais une douleur incessante, un découragement profond. A notre examen, avec MM. Nélaton et Fortina, tous les caractères du vaginisme étaient portés à un haut degré. Je fis part à M. Nélaton de mon plan opératoire; il l'approuva et voulut bien me prêter son assistance.

La malade, endormie jusqu'à résolution, fut placée sur le bord d'une table, comme pour l'opération de la taille, les mains fixées aux pieds à l'aide de bracelets de Phillips.

1er *temps*. Le doigt gauche étant introduit dans le rectum, incision verticale du périnée depuis le milieu de l'hymen jusqu'au voisinage de l'anus. Cette incision coupe couche par couche l'intersection du constricteur réuni avec les fibres antérieures du sphincter anal.

2e *temps*. Dissection et extirpation minutieuse de tout l'hymen.

3e *temps*. Dissection et séparation, dans l'étendue de 2 centimètres, de la lèvre de muqueuse vaginale mise à nu par l'enlèvement de l'hymen.

4e *temps*. Suture de cette muqueuse vaginale à la lèvre postérieure de la plaie du périnée, qui, d'elle-même, devient transversale.

Malgré un érysipèle et la section prématurée des deux points de suture, le succès fut aussi complet que possible. Toute douleur disparut, et la jeune dame, revenue dans son pays, conçut presque immédiatement; peu de temps la sépare aujourd'hui de son prochain accouchement.

L'avantage de mon opération pour le vaginisme, est :

1° De donner à la section sphinctérienne de la vulve toute sa portée, en recouvrant et maintenant la plaie à l'aide de téguments adossés.

2° De remplacer la portion hyperesthésiée de la vulve, au lieu d'une cicatrice, par une membrane nouvelle, muqueuse vaginale dans tous les cas de vaginisme, exempte de sensibilité morbide.

3° D'agrandir la vulve en lui évitant toute cicatrice et la nécessité déplorable d'un appareil dilatateur.

OBSERVATION XIII.

(Bulletin gén. de thérapeut. médic. et chirurg., 30 janvier 1867.)

Cas observé par le Dr Murray, au Grand-Hôpital du Nord, à Londres. (Lancet, 22 décembre 1866.)

La malade était une femme de 30 ans, mariée depuis deux ans, mais n'ayant pas eu d'enfants. Elle accusait une vive douleur dans l'intérieur et au pourtour des organes génitaux, douleur telle que les frottements légers occasionnés par ses vêtements étaient insupportables. La menstruation était régulière, et, chose assez singulière, les souffrances semblaient s'atténuer un peu à l'époque des règles. Depuis le début de la maladie, qui remontait à plusieurs semaines, les rapprochements conjugaux avaient été absolument impossibles, et la sensibilité des parties était si grande que M. Murray dut renoncer à pratiquer le toucher ; la moindse tentative donnait lieu à une angoisse extrême.

N'ayant pas réussi à diminuer cette sensibilité par des anodins, des lotions avec l'acétate de plomb, etc., M. Murray endormit la malade au moyen du chloroforme, et put alors procéder à un exament direct et complet au moyen du doigt et du spéculum. Il trouva la muqueuse vaginale rouge, sèche, rugeuse, parsemée de papilles proéminantes ; les lèvres du col utérin tuméfiées par une inflammation chronique, et la postérieure entamée par une large ulcération; l'orifice cervical se trouvait obstrué par un mucus épais, glaireux, ténace, d'une odeur fétide, rappelant celle du cancer utérin. Après avoir nettoyé les parties, notre confrère cautérisa vigoureusement toute la surface et l'orifice du museau de tanche avec le crayon de nitrate d'argent ; puis, ayant porté à travers le spéculum une mèche de charpie imbibée d'une forte solution du même sel, il retire l'instrument, laissant ainsi cette mèche en contact avec la muqueuse du vagin pendant dix minutes. Ces moyens furent répétés deux fois, à quinze jours d'intervalle, après chloroformisation. La malade se trouva dès lors suffisamment améliorée pour que le choroforme devint inutile, et le traitement put être continué et terminé par des applications de teinture d'iode sur le col utérin, qui amenèrent la cicatrisation définitive de l'ulcération et la disparition de la sécrétion morbide. La malade sortit de l'hôpital, au bout de trois mois, parfaitement guérie de son vaginisme, qui, dans ce cas, comme on le voit, était la conséquence d'une maladie de l'utérus.

OBSERVAVION XIV.

(M. Gallard, Union médic., 1867, n. 121.)

Il nous sera permis, dit M. Gallard, de trouver que l'on fait trop bon marché de la dilatation, et surtout de la dilatation graduelle associée aux médicaments qui, comme la belladone, peuvent avoir une action spéciale sur les sphincters, et favoriser la dilatation. Je n'ai certainement pas eu occasion de voir autant de cas de vaginisme que M. Sims, qui 39 fois, a trouvé à faire l'opération de l'incision du muscle contracturé. Mais, dans ceux que j'ai eu à soigner, j'ai été plus favorisé que lui, car jamais je ne me suis vu dans la nécessité de recourir à une opération sanglante. La dilatation, avec une simple mêche de charpie enduite d'onguent belladonné, et dont le volume était graduellement augmenté, m'a fort bien réussi, et, tout récemment encore, j'ai pu constater ses heureux effets chez une femme d'environ 30 ans, qui, après sept ans de mariage, n'avait pu malgré de nombreuses tentatives, arriver une seule fois à l'accomplissement complet de l'acte conjugal. L'introduction du petit doigt ne pouvait avoir lieu sans développer une douleur excessive, avec cris, tremblements, etc. J'appliquai cependant une très-petite mèche enduite de pommade belladonnée, et je conseillai à la malade de la laisser en place pendant toute la nuit, et d'en réappliquer elle-même une semblable tous les soirs, en ayant soin d'augmenter chaque jour de dix le nombre des brins de charpie employés à la confection de cette mèche. On devait arriver ainsi, et l'on arriva en effet fort rapidement à une mèche d'un volume assez respectable, qui fut fort bien toléré. Après quoi, un beau jour, ou plutôt une belle nuit, le mari enleva lui-même la mèche, qui était restée en place depuis plusieures heures, ce qui avait permis à la belladone d'exercer son action dilatatrice, et, à sa grande satifaction, il put pénétrer sans peine là où il essayait vainement de s'introduire depuis sept années. Je n'ai pas besoin de dire quelle fut la joie de ce ménage, trop peu uni jusqu'à ce jour, et je puis ajouter que cette joie ne fut pas troublée depuis.

OBSERVATION XV.

(Tribune médic. du 7 novembre 1869, par M. Bernier. Extrait du Bulletin médical de l'Aisne.)

Je fus appelé un matin près d'une jeune dame blonde, fraîche comme une rose, mariée depuis quelques jours à peine, et qui

avait jusque-là joui de la santé la plus florissante, sauf une angine dont je dirai quelques mots plus loin, à cause d'une particularité curieuse. Depuis vingt-quatre heures, elle ressentait dans les parties génitales une douleur tellement vive, qu'elle osait à peine se livrer au moindre déplacement, et qu'elle était obligée de rester les jambes écartées et d'empêcher tout contact des couvertures, dans la certitude d'exaspérer la douleur qui, du reste, ne s'apaisait jamais. L'envie d'uriner venait comme à l'ordinaire; seulement la malade retardait d'accomplir la miction pour ne pas augmenter ses souffrances. Il lui semblait, me disait-elle, que quelque chose battait à gauche à l'entrée de la vulve. Il y avait un peu de réaction, produite sans doute par l'absence de tout repos et par l'insomnie.

Je crus avoir affaire à un abcès du vagin, résultat des premiers rapports sexuels; d'autant plus que le mari me confia avoir éprouvé beaucoup de difficulté pour accomplir l'acte conjugal. Pommade belladoné et cataplasmes.

A ma seconde visite, même état; pupilles dilatées; on remit au tour suivant d'accéder à ma demande de visiter les parties. Le quatrième jour, en comptant du début de la maladie, souffrances toujours aussi vives. Il fallut procéder à l'inspection de la vulve et du vagin.

Les grandes et les petites lèvres, le méat urinaire et l'entrée du vagin ne présentaient rien d'anormal, pas même d'exagération dans la couleur rose de ces parties, qui étaient lubréfiées comme à l'ordinaire. Je voulus, à l'aide de plusieurs doigts, entr'ouvrir le vagin pour l'examiner en détail et éviter l'emploi du spéculum. Cette opération ne se fît pas sans user de quelque violence pour vaincre la constriction des parties, où, malgré toute mon attention, je ne pus rien découvrir.

J'allais appliquer le spéculum; mais quel ne fut pas mon étonnement quand la dame nous dit gaiement qu'elle était mieux et que toute douleur avait disparu. Je la touchai de nouveau et, cette fois, avec facilité. La malade voulut même se lever aussitôt et vint rejoindre son mari au déjeuner, auquelle elle fît honneur. La guérison s'est parfaitement maintenue.

A quel état pathologique rapporter ces symptômes? Conviennent-ils à l'inflammation? Évidemment non. C'était donc bien un cas de vaginisme, état indépendant de toute lésion matérielle appréciable, autrement dit, au spasme, une constriction de l'ouverture

du vagin; et cependant, pourquoi ce point douloureux et cette tension pulsative dans le côté gauche?

Je m'en tiens au résultat pratique, et, sans prétendre que la dilatation forcée réussisse dans tous les cas, je commencerai toujours par l'appeler à mon aide avant toute opération sanglante, qu'on doit réserver pour les cas rebelles.

J'insiste d'autant plus sur cette manière d'agir, qu'hier, dans une consultation pour une dame atteinte de métrite et de vulvite, appelé à la toucher après un confrère, j'ai constaté qu'elle endurait mon contact beaucoup plus facilement que le premier; sans aucun doute, parce que le confrère avait rompu le spasme qui était la conséquence de la vulvite.

Je n'ajouterai que quelques mots sur l'angine antécédente. Quatre ans avant son mariage, cette personne souffrait cruellement d'une angine purement inflammatoire, suite d'une imprudence au moment des règles. Comme la douleur résistait à tout traitement, je proposai une application de sangsues aux plats des cuisses.

Après une résistance opiniâtre, mon avis fut accepté et tout était prêt; mais la vue des sangsues, pour lesquelles cette dame a une répulsion presque invincible, produisit une syncope avec convulsions assez intenses. Après quelques instants, le calme se rétablit, et, à ma grande surprise, aussi bien qu'à celle des assistants, la malade se prétendit guérie, et elle l'était en effet. J'ai été témoin du fait : l'explique qui pourra.

OBSERVATION XVI.

(Observation communiquée par M. le professeur Broca.)

Au mois de juin 1858, M. Broca fut consulté par Mme D...., âgée de 28 ans, assez robuste, mariée depuis huit ans et n'ayant jamais pu avoir d enfants. Elle raconte que les rapports sexuels ont toujours été impossibles à cause des vives souffrances qu'elle éprouvait : jamais, dit-elle, son mari n'a pu entrer; elle est stérile; elle voudrait savoir la cause de sa maladie et faire un traitement pour arriver à l'accomplissement de l'acte sexuel et pouvoir devenir enceinte.

M. Broca examina les organes génitaux, et il aperçut à l'entrée du vagin, au niveau même des caroncules, des végétations rouges, volumineuses, des productions verruqueuses s'accompagnant d'un écoulement purulent. Par le toucher, il determinait une douleur excessive qui faisait pousser des cris à la malade : elle s'agitait et

les muscles du périnée se contractaient. Le toucher vaginal devint impossible; le doigt ne put pas franchir l'anneau vulvaire. La malade fut alors anesthésiée, et, avec des ciseaux courbes, M. Broca pratiqua l'excision des caroncules ainsi que des productions verruqueuses. Il n'y eut aucun accident : la douleur fut atténuée et l'écoulement purulent disparut. Mais les opérations conjugales n'étant pas encore complètes, le coït restant toujours impossible, les discussions dans le ménage commencèrent.

En avril de 1860, en présence des Drs Gosse et Goubert, M. Broca examina de nouveau la malade, et diagnostiqua un spasme du sphincter vaginal, qu'il attribua à la douleur même agissant comme cause déterminante. Partant de cette idée, M. Broca proposa de faire disparaître cette sensibilité exagérée de l'entrée du vagin en coupant les filets nerveux au moyen du fil galvano-caustique.

Toutes les précautions étant prises pour procéder à l'opération, M. Broca introduisit dans le vagin une tige de cuivre du volume du cathéter ordinaire des trousses, dont l'extrémité donnait insertion à un fil de platine; l'orsqu'on tirait sur le fil, il s'écartait de la tige, comme s'écartent les deux branches d'un compas. Faisant alors communiquer la tige avec l'un des pôles, et l'extrémité externe du fil avec l'autre pôle, l'incandescence du fil fut instantanément produite, et deux cautérisations de chaque côté de l'orifice vulvaire furent faites. Ces quatre points cautérisés ainsi n'ont produit aucun accident; et du reste, M. Broca s'était proposé de n'atteindre que la muqueuse et ses filets nerveux sans arriver au muscle constricteur du vagin.

Le résultat a été des plus favorables : un mois après, la malade était complétement guérie. La douleur, le spasme et autres accidents, tout avait disparu. La copulation, qui n'avait pu se faire depuis dix ans de mariage, était devenue possible et même facile ; et le mari ne manquait pas d'en remercier souvent et avec effusion M. Broca. La maladie n'a pas récidivé, et voilà bientôt dix ans qu'elle est guérie.

OBSERVATION XVII.

(Observation communiquée par M. le professeur Broca.)

Une dame N..., âgée de 40 ans, mariée, consulta M. Broca il y a quelques années. Elle était excessivement nerveuse, hystérique, et n'avait jamais eu d'enfants. D'une santé très-délicate, on l'avait crue phthisique.

Cette dame était atteinte, depuis deux ans, d'une fissure à l'anus très douloureuse. Elle raconte qu'elle souffre en même temps dans le vagin en marchant et même en se tournant dans son lit. Elle ne mangeait presque plus, pour eviter les douleurs pendant la défécation ; elle était constipée, et maigrissait considérablement.

M. Broca procéda à l'examen direct, et par le seul écartement des cuisses, il se produisit un spasme des muscles. Il découvre la fissure qui siégeait à la partie antérieure de l'anus et déterminait une contracture du sphincter anal. Le clitoris était extrêmement développé, et le moindre contact de la vulve provoquait des douleurs au bas-ventre, au périnée, aux cuisses, s'irridiant aux lombes, etc. Quelques végétations exulcérées, rouges et sensibles, existaient à la vulve. Le coït n'avait jamais pu s'effectuer complétement.

M. Broca supposa qu'il y avait à la fois une contracture du sphincter de l'anus en rapport avec la fissure, et un spasme de la vulve en rapport avec l'excessive sensibilité de la muqueuse et l'existence de végétations sur les caroncules. Toutefois, pour simplifier les choses, et aussi pour le cas où la fissure aurait été la cause du spasme vaginal, il résolut de commencer par traiter seulement la fissure et la contracture anale.

La malade fut chloroformisée, et la dilatation brusque du sphincter anal fut faite avec les doigts. Il survint de la réaction fébrile suivie de dépression. L'opium fut administré sans trop de bénéfice ; le bromure de potassium a été, au contraire, très-utile. La malade est complétement guérie de sa fissure anale.

Plus tard, M. Broca examina de nouveau cette malade, car elle souffrait beaucoup aux organes génitaux, surtout pendant la période menstruelle. Il essaya d'introduire le bout du doigt dans le vagin ; la malade souffrait beaucoup et poussait des cris plaintifs, etc. Mèche belladonée avec onguent napolitain pour apaiser la douleur. Elle se décide à subir une nouvelle opération pour son spasme vaginal. Cette opération sera faite incessamment par la dilatation forcée, etc.

OBSERVATION XVIII.

(Observation communiquée par mon excellent collègue et ami Labadie-Lagrave.)

Au mois de novembre 1867, entrait à l'hôpital de Lourcine, dans le service de M. Liégeois, salle Sainte-Marie, n° 1, une jeune fille d'excellente constitution, âgée de 17 ans. A l'inspection des or-

ganes génitaux on découvrit un écoulement abondant jaune-verdâtre, qui n'était autre chose qu'un muco-pus blennorrhagique. Cette blennorrhagie datait de deux mois. La malade souffrait beaucoup depuis cette époque et le coït était devenu impossible. La vulve était complétement saine : il n'y avait pas de vulvite.

Le toucher vaginal ainsi que l'examen au spéculum n'ont pas pu être faits : le doigt ne pouvait pas franchir l'anneau vulvaire, le constricteur vaginal s'y opposait : il y avait contracture spasmodique de ce sphincter.

On a dû commencer par dilater l'orifice vulvo-vaginal au moyen de mèches enduites d'extrait de belladone. Au bout de quelques jours, on a pu faire au moyen d'une sonde des injections alcoolisées dans la cavité vaginale afin de guérir la vaginite intense qui était évidemment la cause du spasme vulvaire. L'écoulement blennorrhéique devint moins abondant et perdit sa coloration jaune-verdâtre, en même temps que le spasme vaginal était moins incoercible; si bien que dix jours environ après le début du traitement, il fut possible de pratiquer le toucher; mais l'introduction du spéculum ani provoqua de vives souffrances chez la malade, et ne put être supporté qu'après plusieurs tentatives infructueuses. Au moment où le spéculum franchissait l'anneau vulvaire, il était aisé de sentir une résistance assez forte, due bien évidemment à la coarctation spasmodique du sphincter vaginal.

L'emploi des mèches belladonées fut donc continué, et l'on eut soin d'en augmenter chaque jour le calibre; mais la durée de leur application ne pouvait dépasser deux à trois heures, car prolongée au delà de cette limite, elle occasionnait de si intolérables douleurs que la malade enlevait elle-même les mèches. Les injections d'alcool mitigé furent employées concurremment avec le topique précédent, jusqu'à ce que la vaginite perdant de plus en plus son acuité première, la contracture spasmodique devenant moins intense et moins complète, et l'introduction du spéculum ani, moins douloureuse et plus facile, on put enfin substituer aux moyens précédents, l'emploi quotidien de petits tampons de charpie imbibée d'alcool à 60°.

La malade quitta l'hôpital six semaines après son entrée, complétement guérie de sa vaginite, mais conservant encore une certaine étroitesse du canal vulvo-vaginal, qui rendait l'introduction d'un spéculum ordinaire encore assez difficile, mais cependant possible.

OBSERVATION XIX.

(Observation communiquée par mon excellent ami M. le Dr M.-A. Pasalagua.)

Mme N. ., âgée de 15 ans, habitant Mexico, se présentait avec son mari devant les tribunaux il y a seulement quelques années : celui-ci demandait la séparation de corps. Le mari fondait cette demande sur ce que, depuis leur mariage, les rapports sexuels n'avaient pas pu avoir lieu. Le juge nomma une commission composée de trois experts, dont voici le résumé du rapport formulé par les hommes de l'art :

« Mme N..., d'une constitution robuste et d'un tempérament nerveux, avait eu, dans son jeune âge de mauvaises habitudes, (suivant les renseignements donnés par les membres de sa famille : cette jeune fille ne perdait jamais la moindre occasion de se masturber. Elle fut réglée à l'âge de 13 ans et demi, et depuis cette époque elle a toujours eu de fortes migraines; quelque temps après, à l'âge de 14 ans et demi, elle eut les premiers rapports sexuels, et deux mois plus tard, elle fut enlevée de Mexico, où elle ne revint que quatre mois après. C'est alors que le père de la jeune fille força son séducteur à l'épouser; ce qui fut fait quelque temps après. Mais, quinze jours s'étaient à peine écoulés, que le mari demanda la séparation de corps, se fondant sur l'impossibilité qu'il avait éprouvée de pratiquer le coït, et sur ce qu'il croyait sa femme impuissante ou mal conformée.

« Elle donna comme renseignements que, pendant son union illégale avec celui qui est aujourd'hui son mari, le coït s'était toujours réalisé et avec ardeur : un peu douloureux au début, plus tard il se consommait sans aucune difficulté; mais quelque temps avant l'époque de son mariage, elle avait commencé à souffrir dans les organes génitaux. Aux premières approches de son mari, elle souffrit tellement, qu'elle a cru devoir recourir à quelques injections ; mais celles-ci furent impossibles à cause de la douleur, et le bout de la seringue ne pouvait pas même franchir l'ouverture vulvaire ; qu'enfin, son mari n'a jamais pu pénétrer, et les souffrances étaient extrêmes. Elle croit donc que son mari est mal conformé, ou que ses organes étant trop volumineux, il lui déchira peut-être quelque chose lors de ses derniers rapports avec elle (avant le mariage). Elle demande donc aussi à se séparer de son mari.

« On procéda à l'examen des organes génitaux, et on les trouva ans des conditions à peu près normales. La vulve était assez dé-

veloppée, les grandes et petites lèvres un peu flasques et grosses. Le clitoris présentait une longueur énorme, 10 centimètres environ. Quand on voulait écarter les grandes lèvres, elle souffrait tellement qu'elle fut prise de mouvements convulsifs énormes, et voulut se soustraire à toute exploration, etc. On décida alors la chloroformisation de la malade, et ce ne fut que quand l'anesthésie fut complète, qu'on arriva à pratiquer le toucher. Le doigt put entrer alors assez facilement dans le vagin. Il n'y eut, à la suite de cette exploration par le doigt, qu'un léger écoulement mucoso-sanguinolent. L'examen, avec un petit spéculum, fit voir quelques petits caillots sanguins s'insinuant à travers le col utérin.

« La malade, aussitôt l'action anesthésique passée, présenta les mêmes signes, les mêmes souffrances à la moindre tentative exploratrice.

Ces faits ayant été discutés immédiatement, les médecins experts en ont conclu que la séparation de corps ne pouvait être légitimée : la maladie de Mme N... n'étant qu'un *vaginisme* dû à une surexcitation trop longtemps prolongée de l'appareil sexuel, ayant produit l'hyperesthésie vulvaire, etc., et qui peut être curable.

OBSERVATION XX.

(Observation communiquée par mon collègue et excellent ami M. Henri Huchard.)

En juillet 1868, une jeune dame, accompagnée de sa sœur, venait me demander conseil pour consulter un médecin à Paris ; elle me dit qu'elle « *ne devait assurément pas être faite comme les autres femmes,* » car les rapports sexuels avaient toujours été impossibles en raison de la douleur excessive qu'ils avaient toujours provoquée. Sur sa permission, j'ai pu l'examiner et essayer de pratiquer le toucher vaginal ; mais le doigt avait à peine effleuré la vulve, que la malade ressentait une douleur extrêmement vive, au point de lui faire pousser des cris. L'hyperesthésie ne siégeait qu'au pourtour de l'orifice vulvaire et à l'orifice lui-même. Le toucher vaginal fut impossible, et les souffrances qu'il déterminait étaient telles que je n'ai pu m'assurer de l'existence de la membrane hymen. Tout porte à croire cependant qu'elle devait encore exister, car le coït n'a jamais pu être pratiqué complétement. La contracture du constricteur du vagin était si prononcée que l'extrémité du petit doigt ne pouvait être introduite ; cette contracture s'exagérait au moindre attouchement. Il s'écoulait par la vulve un liquide leucorrhéique très-abondant qui persistait depuis de longues an-

années. Les menstrues étaient régulières, peu abondantes et peu douloureuses.

Cette dame, âgée de 26 ans, était très-impressionnable, nerveuse; elle n'avait jamais eu d'attaques de nerfs, mais elle avait éprouvé souvent la sensation de la boule hystérique. Les fonctions digestives étaient intactes, l'appétit conservé; la santé générale assez bonne, quoique la malade parût être anémique. Les désirs vénériens étaient très-prononcés.

OBSERVATION XXI.

(Observation communiquée par M. le Dr Péan.)

Mme V..., âgée de 39 ans, veuve, d'une santé délicate, très-nerveuse, vint me consulter en mai 1869. N'ayant pas pu pratiquer le coït complétement pendant son premier mariage, elle voudrait guérir de son mal afin de se remarier dans de meilleures conditions sexuelles et d'arriver à avoir des enfants.

J'examinai les organes génitaux externes, et je trouvai un hymen complétement intact. Cette membrane, dure, résistante, était extrêmement sensible. Il se produisait des crises de douleur au moindre contact de cette région, ainsi qu'à la région du bulbe et du vestibule. L'introduction du doigt était impossible. Dans ces régions, on trouvait une inflammation érythémateuse que je considérai comme le résultat de la masturbation, qu'elle m'avoua, du reste.

J'ai endormi la malade, et, après avoir pratiqué l'excision de l'hymen, je fis la dilatation brusque de l'anneau vulvaire et du vagin en même temps. Puis, j'introduisis le dilatateur de Sims; plus tard, j'appliquai mon dilatateur en caoutchouc, et avec cet appareil j'ai pu faire la dilatation graduelle pendant un certain temps. La malade a guéri (1).

OBSERVATION XXII.

(Observation communiquée par M. Péan.)

C'est une femme âgée de 25 ans, maîtresse de pension, d'une bonne constitution et excellente santé, mariée depuis quatre ans, un peu nerveuse. Le coït complet n'a jamais pu être possible; douleurs excessives pendant toute approche sexuelle; introduction toujours incomplète; pas d'enfants.

(1) M. le Dr Navarro voit dans ce moment cette même malade : le vaginisme a récidivé jusqu'à un certain point. (Voir obs. 27.)

J'ai trouvé, comme dans le cas précédent, une membrane hymen intacte, l'introduction du doigt très-difficile, un état spasmodique très-prononcé du sphincter cunni, et la douleur est tellement intense au moindre froissement, au moindre contact, que, malgré l'anesthésie, elle souffrait encore pendant mes explorations.

Je fis l'excision de l'hymen, immédiatement après la dilatation brusque, et j'ai continué, comme soins consécutifs, la dilatation graduelle par l'appareil en caoutchouc comme dans ma première observation. J'étais assisté dans cette opération par M. le Dr Celiers et mon interne, M. Hubert, qui ont pu constater la contracture spasmodique du constricteur et l'hyperesthésie considérable de la vulve et de l'hymen. La malade a guéri.

OBSERVATION XXIII.

(Observation communiquée par M. Péan.)

Mme N..., mariée depuis sept ans, âgée de 30 ans, habitant à Maffliers (Seine et-Oise). Elle était d'une santé délicate, profondément anémique. Son mari, quoique déjà un peu vieux, jouissait encore, suivant son récit, d'une certaine puissance virile ; il était fréquemment tourmenté par des érections douloureuses. Il n'a jamais pu cependant arriver à une intromission complète ; sa femme souffrait, et il trouvait une résistance infranchissable à l'entrée du vagin, etc.

J'ai trouvé chez cette malade un hymen incomplétement déchiré ; douleurs, spasme vaginal. Excision des vestiges de l'hymen, dilatation brusque, puis dilatation graduelle. M. le Dr Blanchard assistait à l'opération. Guérison.

OBSERVATION XXIV.

(Observation communiquée par M. Péan.)

Au mois de novembre 1869, je fus consulté par une dame, âgée de 50 ans, qui n'a jamais été mariée, et qui nous raconte que depuis l'âge de 14 ans elle souffrait presque continuellement, surtout pendant la marche ; les fatigues de toutes sortes exaspéraient la douleur. Pendant la miction, les souffrances devenaient insupportables. Ces douleurs présentaient des irradiations diverses, mais c'est surtout à l'anus où elles étaient très-vives. Elle se croyait atteinte d'une maladie de l'anus, elle souffrait de ténesme anal, et c'est dans ce but qu'elle vint me voir.

J'examinai la région anale, mais je n'y ai trouvé aucune lésion. Plus tard, elle finit par m'avouer qu'elle souffrait aussi aux organes génitaux. J'ai trouvé là, en effet, un érythème de la vulve assez intense, que j'ai dû rattacher à la masturbation. La région vulvaire était très-sensible, douleurs excessives qui empêchèrent toute exploration ; le toucher vaginal complétement irréalisable; l'hymen était à peu près intact. Je fis l'opération, assisté par mon excellent interne M. Hubert, et je découvris alors des polypes glanduleux du col utérin, et, avec cela, on remarquait une hypersécrétion assez abondante. J'ai continué, comme pour les cas précédents, la dilatation graduelle. La malade a guéri.

OBSERVATION XXV.

(Observation communiquée par M. Péan.)

Je fus consulté en 1869 par Mme P... (de Vimoutiers). Cette femme est mariée depuis sept ans, et raconte qu'elle vit avec son mari comme frère et sœur, car tout rapprochement conjugal a été jusqu'à présent impossible, les souffrances étant trop grandes et avec irradiations à l'hypogastre. Elle avait essayé beaucoup de traitements, qui n'ont rien fait, et même quelques topiques n'on pu être supportés, à cause de la grande souffrance qu'ils provoquaient. Elle avait une toux nerveuse qui l'incommodait beaucoup, plus un découragement extrême; le tube digestif était très-dérangé, surtout par effet moral. Stérilité, comme pour les cas précédents.

Par le toucher, j'ai pu constater que le sphincter vaginal n'opposait aucune résistance ; mais, arrivé à la moitié supérieure du vagin, j'ai trouvé une résistance considérable, le doigt est comme serré; j'arrivai pourtant au col de l'utérus, qui était moins douloureux. Je diagnostiquai un vaginisme supérieur.

Elle refusa l'anesthésie. Les émollients et les calmants n'ont rien fait. Puis je fis la dilatation brusque du vagin avec les doigts et avec le spéculum à valves. Il survint des syncopes, se répétant pendant deux ou trois jours, plusieurs fois chaque jour. Je l'ai traitée par des tampons d'ouate, dont j'augmentais le volume successivement; quelques topiques, poudre, etc. Elle guérit après quelques semaines de traitement.

OBSERVATION XXVI.

(Communiquée par mon excellent collègue et ami M. C. Picot.)

Le 25 octobre 1869, entra dans le service de M. Guyon, hôpital Necker, salle Sainte-Pauline, n° 3, une femme P. L..., âgée de 29 ans, mariée, piqueuse de bottines. Cette femme se plaint de douleurs dans les organes génitaux : elle est examinée aussitôt. Les parties génitales externes ne présentent rien d'anormal à la vue que deux petites exulcérations sur les petites lèvres ; l'hymen est en partie déchiré. Quand on vient à toucher la vulve, particulièrement la face interne des petites lèvres, on produit une douleur vive. La muqueuse du vagin peut, au contraire, être touchée sans provoquer de douleur. Cette femme raconte qu'elle a toujours joui d'une bonne santé, sauf une fièvre typhoïde à l'âge de 16 ans. Elle doit avoir un tempérament très-nerveux, mais n'a jamais eu d'attaques d'hystérie. La menstruation n'est pas très-régulière ; elle est précédée quelquefois, et seulement depuis deux ou trois ans, d'étouffements, de vraies attaques de dyspnée, s'accompagnant de l'augmentation de volume du corps thyroïde, qui, même en dehors de ses époques, est un peu hypertrophié. Cette femme a deux sœurs mariées, qui n'ont jamais eu de vaginisme ; elle est auss mariée depuis neuf ans, et c'est alors seulement qu'elle s'est aperçue de sa maladie. Le coït a toujours été très-douloureux et n'a jamais pu s'accomplir complétement ; aussi, cette femme n'est jamais devenue enceinte. Depuis dix-huit mois surtout, les douleurs sont devenues très-vives pendant les tentatives du coït, s'accompagnant de crampes s'étendant jusqu'à l'estomac : c'est ce qui amène cette femme à l'hôpital.

M. Guyon diagnostique un *vaginisme* et se décide à essayer le traitement par la dilatation lente et graduelle, quitte à pratiquer plus tard la dilatation brusque, si cela est nécessaire. La malade est, en outre, mise à l'usage du bromure de potassium, un gramme par jour. Le 26 octobre, M. Guyon lui introduit dans le vagin une mèche volumineuse, enduite de pommade belladonée : l'introduction est douloureuse ; la malade enlève cette mèche dans l'après-midi. Dès le lendemain, elle peut conserver la mèche beaucoup plus longtemps : l'introduction devient moins douloureuse, et en touchant la face interne des petites lèvres, la malade constate qu'elles sont beaucoup moins sensibles. Le même traitement est continué jusqu'au 15 novembre sans interruption, sauf quelques jours, pen-

dant le moment des règles. On est ainsi arrivé à introduire des mèches très-volumineuses. Elle continua à prendre du bromure de potassium pendant tout le temps de son séjour à l'hôpital. Elle retourne chez elle le 15 novembre, et quelques jours après, on apprend qu'elle est parfaitement heureuse dans son ménage ; le coït n'est plus douloureux. Cependant, un peu plus tard, le vaginisme se serait reproduit, d'après des renseignements donnés par une de ses amies de l'hôpital ; mais, comme la malade ne s'est pas représentée à Necker, nous ne pouvons rien savoir de certain à cet égard.

OBSERVATION XXVII.

(Observation communiquée par mon excellent ami M. le Dr Navarro.)

Mme V..., âgée de 40 ans, veuve, petite et grêle, d'une imagination vive et de désirs érotiques très-prononcés, fut réglée de très-bonne heure et perdit à chaque époque une quantité insignifiante de sang. Mariée très-jeune, elle ne put jamais avoir de rapports sexuels complets, à cause de la persistance de l'hymen. Son mari mourut peu de temps après son mariage; les règles s'arrêtèrent complétement; tous les signes d'une rétention des menstrues se manifestèrent, à tel point qu'il fut nécessaire de pratiquer l'ablation de l'hymen. L'opération a été faite par M. Péan. Tous les signes de rétention menstruelle cessèrent complétement; mais il resta un certain degré d'inflammation caractérisée par un peu de douleur et un écoulement muco-purulent, s'exagérant au moment des règles.

C'est dans cet état que je trouvai la malade, lorsqu'elle voulut bien me consulter. Voici d'autres renseignements que j'ai pu obtenir depuis. Cette malade, lorsqu'elle veut prendre une injection, après avoir introduit la canule avec difficulté et un peu de douleur, est forcée d'attendre pour la retirer, car elle est fortement serrée par une contraction spasmodique du constricteur du vagin. Par le toucher vaginal, j'ai trouvé une étroitesse du vagin, probablement congénitale, car je ne puis pas l'attribuer à la rétraction du tissu cicatriciel, suite de l'opération ; en outre, un gonflement douloureux, mou, se trouve dans le cul-de-sac antérieur. L'introduction du doigt est assez facile, quoique douloureuse; mais, aussitôt introduit jusqu'à la première phalange, il est modérément serré par une contraction vulvo-vaginale, assez évidente et assez douloureuse pour qu'on soit forcé d'attendre sa cessation pour pouvoir

retirer le doigt; car, sans cette précaution, on augmenterait beaucoup la douleur. Enfin, causant avec la malade sur les phénomènes qu'elle éprouve du côté de l'appareil génital, elle m'a plusieurs fois fait observer qu'elle éprouvait des contractions dans la vulve, sous l'influence de la conversation se rapportant à cet appareil.

L'inflammation vaginale a considérablement diminué à l'aide d'injections émollientes et narcotiques, de bains de son et de cataplasmes sur la vulve; l'excitation pendant les époques menstruelles a disparu; mais les contractions vulvo-vaginales, aussi bien spontanées que provoquées par l'introduction de la canule à injection ou du doigt, quoique moins énergiques, ne persistent pas moins.

C'est donc un cas de vaginisme évident, et qui a reparu, malgré l'excision de l'hymen faite par M. Péan, et la dilatation de l'orifice vulvaire. Et il existe encore chez cette malade, puisque la contraction empêche de retirer la canule à injection, puisque le doigt est serré pendant le toucher, et puisque la malade en a conscience sous l'influence d'une émotion morale.

Je suis loin de nier l'influence de la lésion vaginale sur la production de ces phénomènes de vaginisme; mais je crois que l'état nerveux de la malade, et surtout la vivacité de l'imagination et les désirs vénériens non satisfaits pourraient être pour beaucoup dans la production de ces spasmes du canal vulvo-vaginal.

OBSERVATION XXVIII.

(Observation communiquée par mon excellent ami M. le Dr Navarro.)

Mme L..., âgée de 34 ans, mariée, bien portante jusqu'à l'année 1859 où elle devint enceinte, et accoucha d'un enfant qui succomba au bout de quelques mois. Les couches et leurs suites furent heureuses; mais quelque temps après, elle commença à éprouver, par accès, revenant à des époques indéterminées, des douleurs violentes, dont le point de départ était le côté gauche de l'hypogastre, d'où elles remontaient le long du même côté du thorax jusqu'à l'épaule, pour redescendre ensuite en arrière de l'épaule et du thorax jusqu'à la fesse gauche, d'où la douleur revenait à son point de départ. Dans quelques accès, le bras gauche lui-même était le siége de la douleur, mais toujours à la suite il ne restait pendant quelques heures qu'un peu d'hyperesthésie du bras, en même temps qu'une sorte de paralysie incomplète de ce membre. Jamais d'autres troubles nerveux, quoique la malade présente tous les carac-

tères qu'on accorde généralement au tempérament nerveux ; jamais de troubles dans la menstruation, ni aucun écoulement par les organes génitaux.

Cette dame négligea longtemps son état; mais, les douleurs devenant beaucoup plus fréquentes, elle se décida à consulter M. le Dr Desormaux, qui, à ce que m'a dit la malade, lui aurait trouvé une ulcération du col de l'utérus, qu'il aurait cautérisée plusieurs fois. En outre, il a prescrit un traitement calmant, et finalement conseillé les bains arsenicaux.

La malade n'a jamais parlé des phénomènes qui se passaient à certains moments du côté des organes génitaux. C'est de son mari que j'ai obtenu les renseignements suivants : les rapports sexuels ont quelquefois lieu sans aucune difficulté; mais d'autres fois, ils sont incomplets et très-douloureux. L'introduction du pénis dans ce cas est aussi facile que dans ceux où il n'y a rien de particulier; mais aussitôt que l'éréthisme génital se prononce un peu, non-seulement la malade éprouve une vive douleur dans le vagin, mais il se produit une constriction tellement violente que le pénis est serré avec force, et le mari est forcé de se retirer, car cette constriction est douloureuse pour lui comme pour elle.

J'ai recommandé cette malade aux soins de M. Nonat, lequel a pu introduire le spéculum sans difficulté. La malade suit le traitement qu'il a indiqué et qui consiste dans des bains et des pommades thébaïques et belladonées sur le ventre; malheureusement ce traitement n'a pas pu être continué longtemps, car la malade a une prédisposition telle, que la moindre quantité de n'importe quelle préparation atropo-thébaïque appliquée sur la peau produit en un court espace de temps une éruption eczémateuse d'abord, et pustuleuse ensuite. Malgré cela, les douleurs dont nous avons parlé au commencement, sont beaucoup moins fréquentes et moins violentes. Quant aux signes de vaginisme, ils seraient, d'après le mari, beaucoup moins marqués, quoique à son dire, ils aient lieu encore assez souvent.

Cette observation me paraît intéressante à plusieurs points de vue. MM. les Drs Desormaux et Nonat ont pu introduire un spéculum assez gros sans aucune difficulté; et les rapports sexuels ont quelquefois lieu dans les conditions normales; comment expliquer que les signes du vaginisme ne se montrent que dans cette dernière condition et seulement quelquefois et pas toujours? Il me semble évident que le vaginisme est ici intermittent, puisqu'il ne

se manifeste qu'à certains moments. En outre, il ne me semble pas tenir à la lésion du col utérin, ou à une autre quelconque de l'appareil génital, car alors la contraction du constricteur ou du vagin aurait lieu dans tous les cas d'introduction d'un corps quelconque dans l'orifice vulvaire. Il pourrait peut-être tenir à une excitation vulvo-vaginale intense sous l'influence du coït, se produisant seulement dans quelques cas, alors que l'orgasme vénérien doit avoir lieu, et manquant complétement, lorsque la femme reste indifférente à l'acte de la copulation.

OBSERVATION XXIX.

(Observation communiquée par M. Noël Gueneau de Mussy.)

Au mois d'août 1869, une dame âgée de 54 ans, mariée, vint consulter M. Gueneau de Mussy. Cette dame, qui était mère de quatre enfants, raconta que depuis quelques années, depuis la ménopause, elle souffrait beaucoup aux organes sexuels. Le coït était constamment douloureux, elle souffrait à tel point que l'acte conjugal était devenu tout à fait impossible, et a dû se séparer de son mari malgré le vif désir qu'elle avait de remplir ses devoirs, et de prévenir les désordres qui furent les conséquences de cette séparation.

A l'examen direct, M. Gueneau de Mussy trouva que la vulve était le siége d'une rougeur érythémateuse assez intense. Le toucher vaginal était excessivement douloureux, au point de faire pousser des hurlements à la malade, et le doigt, pendant cette exploration, était serré par la contraction spasmodique du sphincter vaginal.

M. Gueneau de Mussy conseilla un traitement arsenical en même temps que des injections calmantes avec le bromure de potassium. La malade devait en outre s'appliquer chaque soir un suppositoire ainsi composé :

Beurre de cacao. . . .	3 grammes.
Bromure de potassium. . .	0 gr. 30.
Extrait de belladone. . .	0 gr. 10.

Au bout de cinq jours de ce traitement, le toucher devient très-facile ; la douleur avait cessé presque complétement, et l'orifice du vagin permettait l'introduction de trois doigts.

Pour achever la guérison, M. Gueneau de Mussy pratiqua la dilatation de l'entrée du vagin avec les doigts, d'une façon rhythmique et dans le sens transversal ; en un mot, le massage de l'anneau vulvaire. La malade continua le topique précédent pendant quinze

jours de suite; puis, pendant quinze autres jours, tous les deux jours seulement; et enfin, deux fois par semaine pendant un mois environ. La malade a guéri.

OBSERVATION XXX.

(Observation communiquée par mon excellent collègue et ami M. P. Hybord.)

Au mois de mai 1868, entra à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Richet, une dame mariée depuis un mois seulement. Cette jeune dame raconte qu'elle a dû renoncer depuis quelques jours aux rapports sexuels à cause des souffrances qu'elle éprouvait pendant cet acte, etc.

M. Richet diagnostiqua une métrite hémorrhagique due sans doute aux traumatismes produits par le coït trop brutalement pratiqué. De plus, ce chirurgien constata sur cette malade :

1° Que le contact du doigt sur les organes génitaux était très-douloureux ;

2° Qu'il y avait une contracture spasmodique de l'anneau vulvaire ;

3° Qu'il y avait un écoulement vulvo-vaginal ;

4° Apparence d'excoriations sur les cuisses ;

5° Enfin, pas de contracture anale.

M. Richet cautérisa la muqueuse vulvaire avec du sulfate de cuivre ; les émollients furent employés, etc. Ce traitement était insuffisant pour guérir le spasme vaginal, M. Richet fit la dilatation forcée du sphincter vaginal, et introduisit immédiatement après ses mèches belladonées. — Guérison.

M. Richet, ajouta, à la fin de sa leçon sur ce cas de vaginisme, qu'il avait déjà traité 7 autres cas par le même procédé, et que la guérison avait toujours eu lieu.

OBSERVATION XXXI.

(Observation communiquée par M. Gallard, médecin à l'hôpital de la Pitié.)

Madame X... âgée de 19 ans, de constitution nerveuse, s'est mariée au mois de mai 1869. Jeune fille elle était délicate, sujette à des névralgies, à de la gastralgie et ainsi que sa mère, elle était très-névropathique; mais ce qui l'incommodait le plus était une constipation opiniâtre, telle que les garde-robes ne se produisaient guère sans lavement ou sans purgatif; cet état a persisté depuis le mariage. Depuis cette nouvelle position, les règles ont été régulières, mais plus douloureuses qu'auparavant.

Les premières approches conjugales furent très-douloureuses, et huit jours après la défloration, la jeune femme fut atteinte d'une vaginite très-intense, dont la cause ne put être imputée qu'au traumatisme; le mari n'ayant lui-même jamais eu de blennorrhagie. Un sentiment de chaleur, un écoulement très-abondant, furent les principaux symptômes; les derniers rapports conjugaux avaient été très-douloureux. Un médecin appelé fit prendre des bains, et faire des injections émollientes; il constata en outre une ulcération correspondant à la déchirure de la membrane hymen; au bout de cinq semaines l'écoulement vaginal avait disparu et la guérison fut parfaite.

Au mois d'août, cette jeune dame devint enceinte; au mois de septembre, elle faisait une fausse couche à six semaines de grossesse; six semaines après, elle était complétement remise.

Les rapports conjugaux purent recommencer à la fin d'octobre, mais dans les premiers jours de décembre, ils devinrent très-douloureux et bientôt impossibles à cause de la souffrance excessive qu'éprouvait la jeune dame. De plus, elle ressentit des douleurs dans les aines, les cuisses, siégeant dans les ramifications nerveuses émanant du plexus lombaire, et surtout dans les branches du nerf crural. Les douleurs lombaires et hypogastriques étaient plus intenses au moment des règles, l'appétit diminuait, il y avait toujours des crampes d'estomac; la constipation était opiniâtre; la moindre course causait de la fatigue, et avec la perte des forces il y avait de l'amaigrissement.

Le médecin ordinaire crut à des douleurs névralgiques d'origine rhumatismale, quoiqu'il n'y eût pas d'antécédents de ce côté, et soumit la malade au bromure de potassium; il n'y eut pas d'amélioration dans l'état général, et les douleurs locales étaient toujours très-vives. Cet état durait depuis deux mois quand M. Gallard fut appelé en consultation le 29 janvier 1870.

M. Gallard procéda d abord à l'exploration des parties génitales externes; il constata que l'orifice vaginal était très-étroit et resserré spasmodiquement; il trouva à la partie postérieure une ulcération située, d'après le mari de la jeune dame, au même endroit que celle constatée après la rupture de l'hymen, au mois de mai de l'année précédente. Cette ulcération rappelait par son aspect l'ulcération de la fissure à l'anus superficielle, large de quelques millimètres, et longue de 2 à 3 centimètres: elle remontait un peu dans le vagin, et la dilatation à cet endroit était très-douloureuse; il n'y avait pas d'écoulement vaginal.

Le toucher fit reconnaître un utérus petit, très-mobile, non douloureux, et ne présentant qu'un état parfaitement normal.

M. Gallard rapporta alors toutes les douleurs de la malade à des phénomènes sympathiques déterminés par la fissure vulvaire, et les troubles généraux à l'exacerbation des symptômes douloureux dont l'action était plus sensible sur un terrain névropathique.

M. Gallard ordonna que l'ulcération fut cautérisée à plusieurs reprises avec le crayon de nitrate d'argent jusqu'à la complète cicatrisation; une pommade belladonée fut prescrite contre le spasme du constricteur du vagin; des grands bains furent conseillés pour calmer l'état nerveux général, et quelques verres d'eau de Pullna pour combattre, à différents intervalles, la constipation rebelle.

Après une quinzaine de jours de ce traitement, les douleurs dans le ventre, les lombes, les aines, les cuisses, commencèrent à être moins vives; c'était déjà beaucoup pour la malade, dont la sensibilité était exaltée; mais obligée de garder le repos sur une chaise longue, et ne pouvant prendre d'exercice par une température excessivement froide, elle ne reprit guère l'appétit et les forces.

L'ulcération alla en diminuant, et, dans les premiers jours de mars, il ne restait plus qu'un très-petit point rouge. A la fin du mois, les rapports conjugaux ont pu être repris avec ménagement, à la très-grande satisfaction de la malade. C'est un résultat très-heureux obtenu, et nous pensons que la fin des souffrances matérielles diminuera d'autant les préoccupations morales de la malade, et aura une influence très sérieuse sur la santé générale.

OBSERVATION XXXII.

(Observation communiquée par M. Tarnier.) (1).

Mme L..., âgée de 33 ans, couturière, mariée à l'âge de 20 ans, vint consulter M. Tarnier, à l'hôpital de la Maternité, au commencement du mois de septembre 1869. Cette femme raconte qu'elle fut réglée à 16 ans, et que, habituellement, ses époques menstruelles sont régulières. Il y a quatre ans, sans cause appréciable, elle fut prise à la vulve de démangeaisons atroces, insupportables, qui durèrent pendant quinze jours aussi vives; puis rémission; nouvelles démangeaisons, nouvelle rémission; mais la malade n'a jamais reconnu à ces rémissions aucun caractère périodique. L'apparition

(1) Cette intéressante observation a été rédigée pendant l'année 1869, par mon excellent ami et collègue M. Fouilloux, et continuée par M. Hervez, interne du service.

des règles avait sur elle une influence variable : tantôt les démangeaiseons étaient apaisées à l'approche et pendant l'époque; tantôt, au contraire, elles étaient plus vives. Les médications les plus variées avaient été employées pour combattre cette affection rebelle, rendant douloureux, puis impossibles les rapprochements sexuels. On lui prescrivit des lotions narcotiques, émollientes, astringentes; des sangsues à la vulve ayant déterminé l'apparition de cinq furoncles. Bains gélatineux d'abord, alcalins, etc.

A son arrivée à la consultation, les démangeaisons sont très-vives et suivies de cuisson, quoique la malade s'abstienne de se gratter. La face sans être amaigrie, porte l'empreinte, sinon de la tristesse, du moins d'une préoccupation fatiguante. La malade est sombre et a des idées noires; elle désespère de la guérison. Bruits de soufle cardiaque et carotidien au premier temps; pas de sommeil; appétit conservé. Deux ou trois badigeonnages avec une solution de sublimé et des lotions à l'eau aussi chaudes que la malade pourra les supporter, sont prescrites, tant que la malade vient à la consultation.

Le 9 octobre elle entra à l'hôpital, salle Sainte-Marguerite, n° 2. Même état général, mêmes démangeaisons; rien d'appréciable à la vulve, sauf un peu de rougeur au niveau de l'orifice vulvaire. — Du 9 au 14 octobre, chaque matin, badigeonnage avec une solution de sublimé (1 gr. pour 200 gr. d'eau), sans amélioration.

Du 14 au 18, matin et soir, une séance d'électricité appliquée *loco dolenti*, de deux à quatre minutes chacune (appareil Lebreton; courant faible); douleur très-vive au moment de l'application du courant, et un peu après. Pas d'amélioration dans les démangeaisons.

Le 18, la malade est prise tous les jours, vers trois heures, de céphalalgie, de fièvre. 1 gramme de sulfate de quinine en potion pendant quatre jours, en fait justice. — Le 25, on commence le bromure de potassium à l'intérieur, 4 gr.; et toutes les heures un badigeonnage de la vulve avec un pinceau de charpie trempé dans une solution saturée de tannin. — Le 29, la malade peut se lever; les démangeaisons sont moins vives; la figure plus réjouie. Une petite excoriation qui existe à la partie latérale gauche du méat, et qui détermine des picotements très-douloureux, etc., est touchée avec le crayon argentique. Le bromure de potassium et les badigeonnages au tannin sont continués. A partir du 29 octobre, les démangeaisons sont moins vives, mais elles sont remplacées par une sensation qu'on ne saurait mieux caractériser qu'en se

servant de l'expression de la malade : elle éprouve des *brûlements*. De plus, la défécation devient pénible ; il y a de la *constriction anale* aussi bien que de la *constriction vulvaire*, ce que l'on peut constater et par la vue et par l'introduction du doigt dans chacun des orifices. L'examen direct permet de voir les sphincters ani et cunni, formant entre la vulve et l'anus une corde étendue transversalement, dure, tendue, faisant par instant saillir la peau qui les recouvre.

Le 20 novembre, M. Tarnier opère la section sous-cutanée de la moitié droite du sphincter anal externe ; la malade est soulagée deux ou trois jours, puis les douleurs, les brûlements reparaissent. En somme, le 24 novembre, le malade n'a pas sensiblement bénéficié du traitement déjà varié : son état est à peu près celui observé à son entrée.

C'est alors que M. Tarnier, pour vaincre ce ténesme des sphincters si développés et contracturés, se décide à en pratiquer la section.

Les 4 et 5 décembre, matin, le rectum est vidé par un verre d'eau de Sedlitz. Le 7, on procède à l'opération de la façon suivante :

La malade à jeun est soumise aux inhalations chloroformiques ; l'anesthésie est longue à se produire et reste incomplète. Elle est placée sur le bord du lit, couchée sur le côté droit, dans la position nécessitée pour l'opération de la fistule à l'anus ; un aide écarte les fesses, de façon à mettre bien en évidence la région ano vulvaire. En introduisant le doigt dans chacun des deux orifices, on constate une fois de plus et le développement des sphincters et leur constriction permanente. Le chirurgien introduit l'indicateur gauche dans le rectum et soulève fortement l'épaisseur de la paroi qui sépare les orifices ; il incise sur cette saillie transversalement la peau de la région, et fait porter l'incision à peu près sur le milieu de l'espace compris entre l'anus et la fourchette. Il dissèque successivement les deux lèvres de la plaie en les rejetant l'une en avant, l'autre en arrière. L'aponévrose superficielle, le tissu cellulaire sont aussi divisés. Alors, changeant la direction du bistouri, il le porte d'arrière en avant, et divise sur la ligne médiane, couche par couche, presque une à une, les fibres musculaires du sphincter, perpendiculairement à leur direction transversale. Puis, il introduit l'indicateur à travers l'orifice vulvaire, et coupe de la même manière les fibres du constrictor cunni. Un aide éponge à mesure, et les fibres sont divisées, pour ainsi dire, une à une, jusqu'à ce

qu'on arrive sur une surface blanchâtre, sur laquelle on distingue des ramifications flexueuses des veines hémorrhoïdales ; de plus, une artériole coupée, et fournissant un jet exigu, mais suffisant pour nécessiter une ligature, avertit que l'on touche à la couche celluleuse sous-muqueuse. On peut constater alors que l'espèce de pont contracturé entre l'anus et la vulve a disparu : il reste un peu de constriction, produite par les parties latérales restantes du sphincter anal. M. Tarnier se propose, d'ailleurs, d'en faire la section si la contracture persiste. Écoulement sanguin presque nul. — Pansement à plat, soutenu par un bandage en T. Régime habituel (1 degré).

Du 8 au 11 décembre, peu de réaction fébrile ; la malade continue à se lever comme avant l'opération ; les démangeaisons sont moins vives; moins vifs aussi les brûlements, sauf quand la malade va à la garderobe : la lèvre postérieure de la plaie est tuméfiée; introduction de grosses mèches de charpie enduites de cérat dans le rectum. — Le 10, les brûlements et les démangeaisons reparaissent avec la même intensité que par le passé.

Le 12. La malade est chloroformisée, mais difficilement et incomplétement. M. Tarnier incise de chaque côté le sphincter anal. Les jours suivants, soulagement, mais momentané, car l'état antérieur reparaît le 17. M. Tarnier pense qu'il y a de la contracture de tous les muscles de l'excavation du bassin : du releveur anal, ischio-coccygien, sphincters, etc.; et la constriction éprouvée par le doigt introduit dans le rectum confirme son opinion.

Le 27. La première incision entre l'anus et la fourchette est cicatrisée; les deux incisions latérales de la marge de l'anus sont en voie de cicatrisation. La malade ne se plaint plus si vivement de démangeaisons et de brûlements; mais, surtout, la constriction anale a bien diminué et la défécation est bien moins pénible. A partir du 27, tous les jours, une pilule d'acide arsénieux, 3 milligrammes.

Dans le courant du mois de janvier 1870, M. Tarnier enlève, au niveau du méat urinaire, quatre petites productions polypiformes. Les jours suivants, les démangeaisons continuent; au moment où elles sont surtout intenses, la coloration est plus vive, plus rouge, très-manifestement. La malade fait remarquer que, quand elle a la migraine, les démangeaisons la font moins souffrir.

Le 21 février, en présence de M. Protheroe Smith, de Londres, la malade est soumise aux inhalations de téthrachloride de carbone (à la rose). L'anesthésie, qu'on n'avait jamais pu obtenir complé-

tement, ni facilement, est bientôt produite avec une très-petite quantité de ce liquide. M. Tarnier excise une grande partie des caroncules, qui semblent un peu hypertrophiées, et sont, au moindre contact, le siége de très-vives douleurs. Un fer rouge est promené au niveau du méat urinaire, autour duquel se trouvent trois ou quatre petites saillies rougeâtres et très-sensibles. L'insensibilité a été absolue pendant l'opération.

Les jours suivants, symptômes de réaction et d'élimination des eschares. Après la chute de celles-ci, la malade continue à se plaindre des mêmes cuissons.

État actuel. — Le 18 mars 1870, M. Tarnier eut l'obligeance de nous faire voir et examiner la malade, et nous avons constaté que la contracture anale et les douleurs pendant la défécation ont complétement disparu; le spasme vaginal, au contraire, persiste encore mais à un moindre degré. Les démangeaisons, que la malade appelle ses brûlements, existent au même degré que par le passé. Ces douleurs paraissent s'irradier à partir du méat urinaire, qui semble en être le foyer principal. En cet endroit, on aperçoit encore des petites taches rouges, très-sensibles au toucher. M. Tarnier se propose, après avoir laissé reposer la malade pendant quelques semaines, d'exciser le méat urinaire et le canal de l'urèthre dans la longueur de 1 centimètre.

CONCLUSIONS.

I. Le vaginisme est un état particulier des organes sexuels de la femme, caractérisé surtout par la contraction involontaire et douloureuse du sphincter vaginal, de tout le vagin souvent, et parfois de plusieurs plans musculaires du périnée et de l'excavation pelvienne.

II. La douleur excessive du conduit vulvo-vaginal et l'hyperesthésie de la muqueuse, sont des phénomènes constants dans la contracture spasmodique du vagin. La douleur précède le spasme, et s'irradie souvent à la vessie, à l'anus, etc.

III. Le vaginisme est une affection relativement fréquente en pathologie génitale ; mais les exemples sont peu nombreux dans les hôpitaux.

IV. Le spasme vaginal est toujours un état secondaire, symptomatique de lésions diverses de l'appareil génital de la femme : son expression pathogénique se réduit à une action réflexe. Le vaginisme essentiel ne saurait être admis.

V. Les causes les plus fréquentes du spasme vaginal sont les fissures, les inflammations, les végétations de la muqueuse vulvaire, l'eczéma, l'herpès, la vaginite granuleuse, etc.. L'âge, le tempérament, la culture de l'esprit, n'ont pas une grande importance dans la genèse du spasme vaginal.

VI. La contracture vaginale peut présenter deux formes différentes : une légère, pouvant disparaître par les moyens les plus simples ; l'autre, persistante, coïnci-

dant avec des lésions rebelles et affectant la forme chronique.

VII. La terminaison du spasme vaginal, est très-rarement la guérison spontanée : il s'aggrave de plus en plus et peut durer toute la vie si la thérapeutique n'intervient pas. L'acte conjugal devient irréalisable, la stérilité est forcée; il y a désordre dans les fonctions nutritives et de relation ; et enfin, surviennent le découragement, l'indifférence, la tristesse et parfois une mélancolie funeste.

VIII. Les signes diagnostiques du vaginisme sont la contracture spasmodique et la douleur excessive du conduit vulvo-vaginal. L'anesthésie lèverait toute difficulté de diagnostic entre le spasme et une atrésie de la vulve. Le ténesme vésical et anal complique souvent le spasme vulvaire ; il faut en tenir compte pour éviter toute méprise.

IX. Le pronostic n'est jamais grave. Le spasme vaginal guérit toujours par un traitement bien institué; mais les complications antérieures et la nature de la lésion peuvent ajouter une certaine gravité.

X. Le traitement varie suivant la cause, la forme de la maladie, et suivant les affections concomitantes.

TABLE DES MATIÈRES

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

